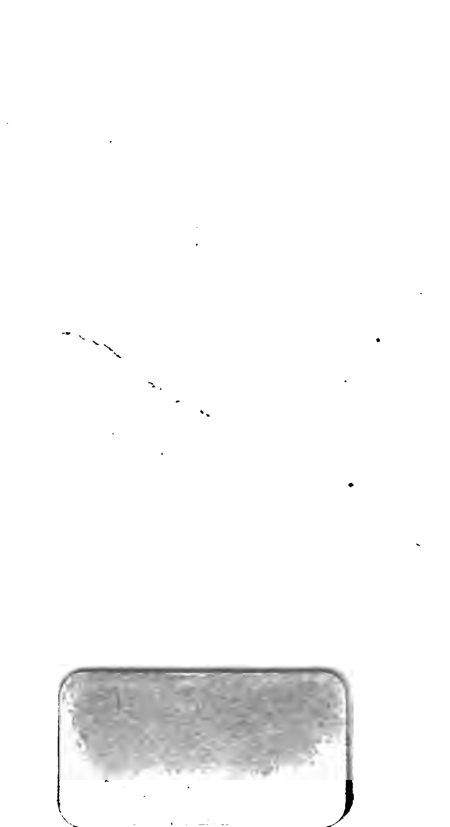


REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

TOME IV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

La **Revue des Maladies de l'Enfance** paraît le 1er de chaque mois, par fascicules de 48 pages in-8°, au moins, formant chaque année un volume d'environ 600 pages, avec planches ajoutées au texte, titre et table des matières.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les départements............... **12** fr.

Pour les pays faisant partie de l'*Union postale*. **14** fr.

On s'abonne à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, et chez tous les libraires de la France et de l'étranger.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr PIERRE-J. MERCIER, 10, rue de la Néva, Paris.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

HYGIÈNE — MÉDECINE — CHIRURGIE — ORTHOPÉDIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM. LES DOCTEURS

CADET DE GASSICOURT ET L.-A. DE SAINT-GERMAIN

Secrétaire de la Rédaction :

M. LE DOCTEUR PIERRE-J. MERCIER

TOME IV

Contenant les travaux de MM.

ABADIE, AUBERT, BARBIER, BALZER, BARRAUD, BESNIER (Jules), BLACHE (René), BOEHLER, BROUSSOLLE, CADET DE GASSICOURT, COUPARD, DEPASSE, DESCROIZILLES, FLORAND, GEFFRIER, GRANCHER, GRANDHOMME, GUERMONPREZ, HARTMANN, JACQUET, LATOUCHE, LAURE, MERCIER, MONCORVO, OLLIVIER (Aug.), RAOULT, REVILLIOD, ROGER (G.-H.), de SAINT-GERMAIN, SANNÉ, SEVESTRE, SUCHARD, SIMON (Jules), VALUDE.

1886

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1886

2725

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MESSIEURS LES DOCTEURS

Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Balzer, médecin des hôpitaux.

Bergeron, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau.

Besnier, (Jules), médecin du collège Rollin.

Blache (René), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Blachez, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Bœhler, ancien interne des hôpitaux.

Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau.

Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

D'Heilly, médecin de l'hôpital Trousseau.

Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts.

Grancher, professeur de pathologie infantile de la Faculté de médecine.

Guéniot, professeur agrégé à la Faculté, clinique de l'hospice des Enfants-Assistés.

Guermonprez, de Lille.

Hartmann, interne des hôpitaux de Paris.

Labric, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine.

Launois, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Laure, agrégé de la faculté de médecine de Lyon, médecin de la Charité.

Mercier (Pierre-J.), deux fois lauréat de la Faculté, consultant à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

Moizard, médecin des hôpitaux.

Moncorvo, professeur de policlinique à Rio-Janeiro.

Ollivier, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Onimus, lauréat de l'Institut.

Saint-Germain (de), chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Sanné, ancien interne des hôpitaux.

Sévestre, médecin de l'hôpital Tenon.

Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Suchard, médecin de l'hôpital de Lavey-les-Bains.

Tarnier, membre de l'Académie de médecine, professeur d'accouchements à la Faculté, chirurgien en chef à la Maternité.

Thérémin, médecin de la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg.

Valude, chef de clinique ophtalmologique de la faculté.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Janvier 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA REVACCINATION DES JEUNES SUJETS ET EN PARTICULIER DES COLLÉGIENS, COMPARÉE A CELLE DES ADULTES. — INFLUENCES DIVERSES QUI PEUVENT EN MODIFIER LES RÉSULTATS (1).

Par le Dr Jules Besnier.

L'utilité de la revaccination est reconnue aujourd'hui par la généralité des médecins. Elle l'est également de plus en plus par le public, surtout lorsqu'il survient quelque épidémie de variole, qui lui rappelle qu'elle est un moyen pour ainsi dire certain de se préserver de la maladie en règne. Quant aux autres questions que soulève son étude, elles sont pour la plupart mal connues. Qu'il s'agisse, en effet, de l'âge auquel il est préférable de la pratiquer, de la valeur des résultats qu'elle donne, des influences diverses qui peuvent modifier ces derniers, du vaccin même à employer, vaccin d'enfant

(1) Travail récompensé par l'Académie de médecine (séance du 15 décembre 1885).

ou vaccin de génisse, etc., les incertitudes, sinon les divergences les plus grandes se font jour. Cela tient à ce que les faits de revaccination cités ont été observés dans des conditions le plus souvent mal déterminées, ou tellement disparates qu'ils ne sauraient être comparés les uns aux autres ; ou bien encore à ce que les résultats obtenus n'ont pas été classés de la même manière par ceux qui les ont constatés, ce qui rend encore tout rapprochement défectueux. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de citer un certain nombre de séries de revaccinations, que nous avons pratiquées nous-même, et qui échappent aux reproches que nous venons d'indiquer. Peut-être par leur ensemble ces faits pourront-ils aider à la solution de quelques-unes des questions en litige.

Ces séries ont été observées, les unes au collège Rollin, où, depuis une dizaine d'années, nous avons dû revacciner à différentes reprises les élèves qui s'y succédaient ; les autres dans la clientèle civile. Les premières, en raison même de leur origine, comprennent pour la presque totalité des sujets âgés de 7 à 20 ans, c'est-à-dire d'une part des *Enfants* de 7 à 14 ans, et d'autre part des *Adolescents* de 15 à 20 ans. Les secondes moins nombreuses se rapportent à des *Adultes*, dont l'âge varie de 20 à 40 et 50 ans.

Nous exposerons d'abord les résultats que nous avons constatés pour chacun de ces groupes bien distincts ; et nous chercherons ensuite à nous rendre compte des particularités qu'ils présentent, et à en tirer quelques conclusions générales.

Un mot d'abord sur la manière dont nous avons procédé. Nous nous sommes servi tantôt du vaccin d'enfant et tantôt du vaccin de génisse ; nous aurons soin d'indiquer en temps et lieu l'espèce utilisée. Nous dirons seulement ici que l'un et l'autre ont été employés dans les meilleures conditions possibles de réussite ; le premier ayant été recueilli sur des pustules arrivées au septième jour, ou au plus tard au commencement du huitième jour, et le second ayant été fourni par les génisses de M. Chambon, le vaccinateur des hôpitaux, dont la compétence en pareille matière est bien connue. Ajou-

tons que chaque revaccination a été faite directement de la pustule vaccinale au sujet à revacciner, et à l'aide d'une lancette cannelée.

Quant aux résultats, ils ont été constatés chaque fois par nous-même, et par notre collègue à Rollin, M. le Dr Sarrade, au septième ou au huitième jour de la revaccination. Et d'après l'état que nous trouvions à ce moment-là, ils ont été partagés en trois ordres : les succès, les fausses vaccines ou succès douteux, et les insuccès. Dans les premiers, nous n'avons fait rentrer que les pustules vaccinales classiques, c'est-à-dire *ombiliquées* et caractéristiques de la vaccine légitime. Dans les fausses vaccines, nous avons compris toutes les pustules représentant les succès douteux, c'est-à-dire les pustules acuminées et non ombiliquées, qu'elles fussent d'ailleurs encore vives et transparentes, ou bien plus ou moins troubles, ou déjà flétries et remplacées par des croûtes humides, ces états correspondant à des éruptions de même ordre, mais dont l'évolution est plus ou moins rapide. Dans les insuccès enfin, rentrent les cas où il n'y avait aucune éruption, ou seulement de petites croûtelles ayant succédé à des pustulettes éphémères.

Cette division nous a paru la seule pratique ; c'est, du reste, celle qui est adoptée par la plupart des observateurs (1).

Nous devons ajouter que la distinction entre la fausse vaccine et les insuccès, en comprenant dans ces derniers, comme

(1) M. Hervieux, cependant, dans un rapport fait à l'Académie de médecine (séance du 16 septembre 1884), a considéré comme des succès certaines pustules qui ne présentaient pas tous les caractères de la pustule vaccinale classique, en se basant sur ce fait que ces pustules incomplètes avaient pu donner, entre ses mains, naissance à des pustules caractéristiques de la vaccine légitime. Mais cette manière de voir met dans l'impossibilité de distinguer, *a priori*, l'éruption vaccinale vraie et incontestablement utile de celle qui ne l'est pas ou ne l'est qu'à un faible degré. D'autre part, MM. Guérin et Blot ont fait observer, à ce sujet et avec juste raison, que la période d'incubation pourrait être prise en considération. Mais pour s'en rendre compte il faudrait soumettre les sujets revaccinés à un examen répété pour ainsi dire chaque jour ; et c'est là encore une impossibilité, pour peu qu'il s'agisse d'un certain nombre de revaccinations.

nous l'avons fait, les pustulettes éphémères, est elle-même, jusqu'à un certain point, arbitraire ; car, parmi les éruptions de pustules acuminées, il en est qui, au septième ou au huitième jour, étant remplacées par des croûtes desséchées et superficielles, peuvent être rangées pour ainsi dire au gré de l'observateur dans les fausses vaccines ou dans les insuccès. C'est ce qui explique la discordance qui existe parfois entre les chiffres que nous aurons à citer pour les trois ordres en question. Mais cette cause d'erreur importe peu ici, car nous n'aurons en vue dans l'étude des résultats obtenus que les succès certains et caractérisés par des pustules vaccinales classiques.

Ces préliminaires établis, nous allons exposer tout d'abord les faits que nous avons observés.

I.

Les enfants et les adolescents que nous avons revaccinés au collège Rollin sont très nombreux, une circulaire ministérielle ayant rendu la revaccination obligatoire, depuis quelques années, dans les établissements scolaires. Mais nous ne citerons ici que les séries qui présentent quelque intérêt, en raison des circonstances particulières dans lesquelles elles ont été faites, et des renseignements que nous avons pu prendre près des élèves revaccinés. Ce sont d'ailleurs celles qui comprennent le plus grand nombre de sujets, et, sauf la dernière, elles remontent à une époque antérieure à la circulaire que je viens de rappeler.

Dans ce groupe, l'âge variant, comme nous l'avons dit, de 7 à 20 ans, pour établir des distinctions d'après l'âge, nous avons suivi les grandes divisions du collège en Minimes, Petits, Moyens et Grands, qui comprennent des élèves de même âge ou à peu de chose près. Nous avons réuni les séries qui les concernent en différents tableaux, et en mettant en regard les principaux faits qui se rattachent à chacune d'elles.

En distinguant dans chacune des séries les sujets qui n'avaient pas encore été revaccinés de ceux qui l'avaient déjà

été antérieurement, que l'opération eût d'ailleurs été faite une ou plusieurs fois, et suivie ou non de succès, nous avons les deux tableaux B et C.

A. — *Sujets de 7 à 20 ans ayant été ou non revaccinés antérieurement. — Revaccinations en masse.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1875, juin.... 6 piq.	287	61	81	145	21
	1879, mars... 6 —	406	94	121	191	23
Génisse...	1881, avril... 6 —	387	80	83	224	20
	1884, nov.... 4 —	102	15	26	61	14
		1.182	250	311	621	21

B. — *Sujets de 7 à 20 ans déjà revaccinés antérieurement. Revaccinations secondaires.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1875, juin.... 6 piq.	176	22	46	108	1
	1879, mars. . 6 —	147	22	57	68	14
Génisse...	1881, avril ... 6 —	251	39	50	162	15
	1884, nov. ... 4 —	56	5	14	37	8
		630	88	167	375	13

C. — *Sujets de 7 à 20 ans revaccinés pour la première fois. Revaccinations primitives.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1875, juin . . 6 piq.	111	39	35	37	35
	1879, mars.. 6 —	259	72	64	123	27
Génisse...	1881, avril... 6 —	136	41	33	62	30
	1884, nov.... 4 —	46	10	12	24	21
		552	162	144	246	29

Les sujets *Adultes*, c'est-à-dire âgés de 20 à 40 et 50 ans que nous avons revaccinés, se répartissent en deux séries seulement. La première a été recueillie dans la clientèle de mon

maître Lorain et dans la mienne propre, en mars et avril 1870, au moment où une épidémie de variole se montrait à Paris ; la seconde à Rollin, sur le personnel du collège, en 1875, à l'occasion d'une revaccination générale que nous avons faite à cette époque, et sur laquelle nous aurons à revenir.

En établissant pour ces séries les mêmes distinctions que pour celles des jeunes sujets, nous avons les trois tableaux qui suivent :

D. — *Sujets de 20 à 50 ans ayant été ou non revaccinés antérieurement. — Revaccinations en masse.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1870, avril.. 6 piq.	80	26	22	32	32
	1875, juin... 6 —	66	14	16	36	21
		146	40	38	68	27

E. — *Sujets de 20 à 50 ans ayant été revaccinés antérieurement. Revaccinations secondaires.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1870, avril... 6 piq.	18	3	3	12	16
	1875, juin... 6 —	32	6	8	18	18
		50	9	11	30	18

F. — *Sujets de 20 à 60 ans revaccinés pour la première fois. Revaccinations primitives.*

Espèce de vaccin.	Date de la revaccination et nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats Succès.	Fausse vaccine.	Insuccès.	Succès p. 100.
Enfant....	1870, avril... 6 piq.	62	23	19	20	37
	1875, juin... 6 —	34	8	8	18	23
		96	31	27	38	32

Enfin, en réunissant toutes les revaccinations primitives, et en prenant dans chacune de nos séries des groupes de sujets de même âge, enfants, adolescents ou adultes, nous avons le tableau général suivant :

G. — *Sujets de 7 à 50 ans revaccinés pour la première fois.*

Revaccinations primitives d'après l'âge.

Age des sujets.	Vaccin employé.	Date de la revaccination. Nombre des piqûres.	Nombre des sujets.	Résultats. Succès.	Fausse Vaccine.	Insuccès.	Moyennes 100 sujets revaccinés. Par vaccin.	Par âge.	
Minimes 7 à 11 ans.	Enfant.	1875, juin. 6 piq.	27	5	13	9	22		
		1879, mars. 6 —	104	23	19	62			
	Génisse.	1881, avril. 6 —	70	21	18	31	26		
		1884, nov. 4 —	24	24	5	15			
			225	53	55	117	»	23	
Petits 11 à 14 ans.	Enfant.	1875, juin. 6 —	51	16	19	16	27		
		1879, mars. 6 —	79	20	16	43			
	Génisse.	1881, avril. 6 —	35	8	9	18	22		
		1884, nov. 6 —	18	4	6	8			
			183	48	50	85	»	26	
Enfants (7 à 14 ans). Total			408	101	105	20	»		24
Moyens 14 à 16 ans.	Enfant.	1875, juin. 6 piq.	16	10	2	4	44		
		1879, mars. 6 —	42	16	14	12			
	Génisse.	1881, avril. 6 —	12	2	3	7	16		
		1884, nov. 4 —	»	»	»	»			
			70	28	19	23	»	40	
Grands 16 à 20 ans.	Enfant.	1875, juin. 6 —	17	8	1	8	41		
		1879, mars. 6 —	34	13	15	6			
	Génisse.	1881, avril. 6 —	19	10	3	6	44		
		1884, nov. 4 —	4	2	1	1			
			74	33	20	21	»	44	
Adultes. Adolescents (15 à 20 ans). Total			144	61	39	44	»		42
20 à 25 ans.	Vac. enf.	1870, avril. 6 piq.	17	5	8	4			
		1875, juin. 6 —	7	1	2	4			
			24	6	10	8	»		25
25 à 30 ans.	Vac. enf.	1870, avril. 6 —	11	5	3	3			
		1875, juin. 6 —	10	2	3	5			
			21	7	6	8	»		33
30 à 40 ans.	Vac. enf.	1870, avril. 6 —	26	9	5	12	12		
		1875, juin. 6 —	7	2	2	3			
			33	11	7	15	»		33
40 à 50 ans.	Vac. enf.	1870, avril. 6 —	8	4	3	1			
		1875, juin. 6 —	10	3	1	6			
			18	7	4	7	»		38
			96	31	27	38			»

II.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus chez les collégiens et dans l'âge adulte. Différents faits méritent d'être relevés dans les tableaux que nous venons de citer.

Influence d'une revaccination antérieure. — Nous ferons remarquer tout d'abord la différence qui existe entre le nombre des succès fournis par les revaccinations *secondaires*, et celui que nous avons obtenu chez les sujets qui étaient revaccinés pour la première fois. L'abaissement du premier chiffre par rapport au second s'explique de lui-même et est une preuve de l'utilité de la revaccination. L'écart est, d'ailleurs, ici très marqué, et se retrouve dans chacune de nos séries, aussi bien chez les adultes que chez les adolescents.

Influence du nombre des piqûres et de la saison. — Nous signalerons également l'abaissement du chiffre des succès obtenus chez ces derniers pour la série de 1884 (tableaux A, B et C), et qui est très sensible par rapport aux séries précédentes. Cet abaissement ne saurait être attribué à une question de terrain, il existe en effet dans cette série, pour les revaccinations primitives comme pour les revaccinations secondaires. D'autre part, rien ne prouve que la qualité du vaccin puisse être incriminée, car celui dont on s'est servi était du vaccin de génisse, et ce dernier avait déjà été employé pour la série de 1881, et avait alors donné des résultats sensiblement supérieurs. Restent donc les conditions opératoires ; et de fai elles suffisent seules à l'expliquer. En effet, pour la série en question, la revaccination a été pratiquée par *quatre* piqûres seulement, au lieu de *six* qui ont été faites pour les autres séries, et de plus au mois de novembre, c'est-à-dire dans une saison froide et humide. L'influence de la première cause se comprend d'elle-même ; bien qu'elle n'ait pu être que légère, il importe d'en tenir compte. Quant à celle de la saison, ce

qui se passe chez les nouveau-nés prouve qu'elle a son importance. Chez ces derniers, en eflet, dans les mois d'hiver, le vaccin parfois ne prend pas ; et, lorsqu'il prend, les pustules vaccinales ont toujours une évolution plus lente et souvent moins complète qu'au printemps et en été. C'est là un fait connu et que nous avons eu bien souvent l'occasion de constater au service de la vaccination de la mairie du IX[e] arrondissement. Les temps froids et humides mettent donc les nouveau-nés dans des conditions défavorables pour prendre le vaccin ; le même effet ne peut manquer de se produire, lorsqu'il s'agit de sujets à revacciner.

Si nous insistons sur cette influence des saisons, c'est que, en vertu de la circulaire ministérielle dont nous avons parlé, chaque année les médecins des lycées et des collèges universitaires sont invités à revacciner les *élèves nouveaux* sitôt la rentrée d'octobre. Et d'après ce qui précède, il y aurait avantage, en temps ordinaire, c'est-à-dire en l'absence d'épidémie de variole, à ne le faire qu'en mars ou avril, soit après la rentrée des congés de Pâques, l'opération présentant alors plus de chances de réussite.

Nous ferons remarquer, en outre, que le terme d'*élèves nouveaux* n'est pas assez précis en ce sens qu'il laisse l'administration et le médecin désarmés vis-à-vis des familles des *demi-pensionnaires* et des *externes*, dont bon nombre prétendent que, leurs enfants n'étant pas *internes*, le soin de veiller à leur santé les regardent seules, et par là même se refusent à les laisser revacciner. Pour lever toute difficulté à cet égard, il suffirait d'ajouter que la mesure prescrite doit s'appliquer aussi bien aux premiers qu'aux derniers. Cette extension de la revaccination aux demi-pensionnaires et aux externes nous paraît d'autant plus importante, qu'ils sont plus exposés que les internes à prendre la maladie au dehors et à la rapporter au collège.

Espèce de vaccin ; valeur comparative du vaccin d'enfant et du vaccin de génisse. — Un troisième fait à noter, et qui ne

manque pas d'intérêt, c'est que les deux espèces de vaccin employées chez les adolescents, le vaccin d'enfant et le vaccin de génisse, ont fourni un nombre égal ou presque égal de succès. Etant mise de côté la série de 1884, dont nous avons indiqué les causes particulières d'infériorité, cette égalité est manifeste pour les trois autres séries considérées dans leur ensemble, qu'il s'agisse de revaccinations primitives (tableau B) ou de revaccinations secondaires (tableau C). Il n'en est plus de même, il est vrai, lorsqu'on tient compte de l'âge chez les sujets revaccinés pour la première fois (tableau G) ; mais alors les résultats se compensent, car si le vaccin d'enfant a donné le chiffre maximum des succès pour les Petits et les Moyens, c'est le vaccin de génisse qui l'a donné pour les Minimes et les Grands.

Au point de vue des résultats immédiats, les seuls dont nous ayons à nous occuper ici, on peut donc considérer, toutes choses égales d'ailleurs, les deux espèces de vaccin comme étant de même valeur, et les utiliser l'une et l'autre pour les revaccinations. Le vaccin de génisse étant, d'autre part, plus sûr comme provenance, et infiniment plus facile à se procurer, dans les grands centres du moins, à l'heure voulue et en quantité suffisante pour un grand nombre de revaccinations, il est préférable de recourir à lui pour les revaccinations dans les établissements scolaires. Il enlève, en effet, au médecin la préoccupation d'avoir un vaccin exempt de tout germe contagieux (1). De plus, il permet de faire l'opération en une seule séance, et d'éviter ainsi leur multiplicité, qui peut amener une certaine perturbation dans les classes et les études, ce qui n'est pas sans avantage au point de vue administratif. Enfin les familles des élèves sont elles-mêmes

(1) La syphilis est alors hors de question; quant à la transmission de la tuberculose par le vaccin de génisse, que la découverte de Villemin et de Koch avait fait redouter, le Dr Strauss, dans un travail récent, montre que les craintes qu'on pouvait avoir à cet égard ne sont nullement fondées. (Dr Strauss. *La tuberculose est-elle transmissible par la vaccine?* (Société médicale des hôpitaux, 13 février 1885, in *Union médicale*, 17 janvier 1885.)

plus disposées à laisser revacciner leurs enfants, lorsqu'elles savent qu'on emploiera le vaccin de génisse, autre avantage qui n'est pas à dédaigner, en présence des résistances qu'il n'est pas rare de rencontrer de leur part.

Influence de l'âge des sujets revaccinés. — Il est enfin une dernière question que soulève l'examen de nos tableaux, et qui mérite de nous arrêter d'une manière particulière. Il s'agit de l'influence que peut avoir *l'âge des sujets* sur les résultats des revaccinations.

A priori, il paraît légitime d'admettre que plus les sujets sont âgés, plus il y a de succès, lorsqu'ils sont revaccinés pour la première fois. C'est cette opinion que M. Blot exprimait, dans une discussion récente, à l'Académie de médecine, en disant à un point de vue général : « Les conditions de succès dans les revaccinations sont en raison directe du temps écoulé depuis la dernière revaccination suivie de succès ; plus le temps est long, plus on a de chances de réussir (1). » Examinons si les faits que nous avons cités confirment cette manière de voir. L'étude de notre dernier tableau (tableau G), dans lequel les sujets sont classés d'après leur âge, est particulièrement intéressante au point de vue qui nous occupe ; car il ne comprend que des sujets revaccinés pour la première fois, et l'âge correspond alors exactement au temps écoulé depuis la vaccination faite à la naissance et suivie de succès.

Deux faits importants ressortent de ce tableau. Tout d'abord il montre que si les succès augmentent avec le nombre des années, la proportion est loin d'être la même chez les jeunes sujets et chez les adultes. Pour les premiers, en effet, cette progression est très visible et très rapide ; car elle s'accuse des Minimes aux Petits, des Petits aux Moyens, et de ces derniers aux Grands, c'est-à-dire à des intervalles de quatre à cinq ans. Mais elle est surtout marquée, lorsque, prenant des périodes de temps plus longues, on compare les deux pre-

(1) Académie de médecine (séance du 16 septembre 1884)

mières divisions aux deux autres; autrement dit les enfants de 7 à 14 ans aux adolescents de 15 à 20 ans. Dans le premier cas, la moyenne des succès a été de 24 0/0, et dans le second 42 0/0, c'est-à-dire qu'elle a presque doublé. Chez les adultes au contraire, l'élévation du chiffre des succès avec les années est très lente et très peu accusée. En effet, si de 20 ou 25 ans à 25 ou 30 ans la moyenne des succès passe de 25 0/0 à 33 0/0, elle reste stationnaire de 30 à 40 ans, et n'atteint que 38 0/0 de 40 à 50 ans.

En second lieu, au point de vue du nombre des succès obtenus, une différence non moins grande s'observe, sinon entre les deux groupes de sujets que nous comparons, du moins entre les adolescents et les adultes. Nous venons de voir, en effet, que chez les premiers la proportion des succès est de 42 0/0, et atteint ainsi près de la moitié des sujets revaccinés, tandis que chez les seconds elle a oscillé de 25 0/0 à 38 0/0, et est restée par là même au-dessous du tiers ou ne l'a dépassé qu'à peine. Les succès que nous avons obtenus dans l'âge adulte sont donc sensiblement moins nombreux que ceux qui ont été fournis par les adolescents; et cependant les conditions opératoires ont été les mêmes de part et d'autre. Pour la série de 1875 notamment, les adultes en question, composant le personnel du Collège Rollin, ont été revaccinés avec le même vaccin et à la même époque que les élèves; et c'est pour cette série que l'écart est le plus grand; il existe même pour les adultes et les collégiens (enfants et adolescents) pris dans leur ensemble (tableau C et tableau F) (1).

Les observations de revaccinations portant, comme les nôtres, sur un nombre déjà important de sujets revaccinés pour la première fois à des âges déterminés, et dont les résul-

---

(1) Nous rappellerons que nous n'avons en vue ici que les *succès certains*. Si nous devions faire entrer en ligne de compte les succès douteux ou les fausses vaccines, nous aurions les chiffres suivants :

1° Chez les collégiens :

Agés de 7 à 14 ans (minimes et petits) : 408 sujets avec 206 succès, ou 50 0/0
— 15 à 20 — (moyens et grands) : 144 — 100 — , ou 69 —

tats ont été classés de la même manière, ne sont pas fréquentes ; pour notre part, nous n'avons trouvé à remplir ces conditions que celles qui ont été rapportées par le Dr Bergerat (1), et dont voici le résumé :

5 sujets âgés de moins de 10 ans ont donné : 2 succès, 3 insuccès ;
50 sujets de 10 à 20 ans ont donné : 21 succès, 11 fausses vaccines, 18 insuccès, soit 42 0/0 de succès ;
18 sujets de 20 à 30 ans ont donné : 5 succès, 4 fausses vaccines, 9 insuccès, soit 27 0/0 de succès ;
8 sujets de 30 à 50 ans ont donné : 3 succès, 2 fausses vaccines, 3 insuccès, soit 37 0/0 de succès.

Comme on le voit, les résultats constatés par le Dr Bergerat se rapprochent sensiblement de ceux que nous avons observés nous-même ; et comme nous, il a obtenu plus de succès dans l'adolescence que dans l'âge adulte.

On ne saurait opposer à ces faits ceux qu'on observe dans l'armée, c'est-à-dire sur des adultes de 20 à 25 ans. Les succès s'élèvent alors, il est vrai, presque constamment à 50 ou 60 0/0 (2), mais cela tient à ce qu'il s'agit de revaccinations pratiquées chez les nouvelles recrues à leur arrivée au corps, c'est-à-dire sur des sujets âgés de 20 à 22 ans, et qui se trouvent dans des conditions comparables à celles des collégiens. A-t-on affaire au contraire à d'anciens soldats plus âgés et rompus à la vie de caserne et aux exercices militaires, la proportion s'abaisse notablement. C'est ainsi que le Dr Salles n'a

---

2° Chez les adultes :

Agés de	20 à 25 ans :	24 sujets	avec	16 succès,	ou 66 0/0
—	25 à 30 —	21	—	13 —	, ou 61 —
—	30 à 40 —	33	—	18 —	, ou 54 —
—	40 à 50 —	18	—	11 —	, ou 61 —

Le proportions des succès seraient ainsi tout autres pour chaque groupe, mais les différences que nous avons signalées pour les adolescents et les adultes subsisteraient, quoique atténuées ; de plus, chez ces derniers, l'influence de l'âge serait nulle sur la progression des succès.

(1) Académie de médecine, Rapport sur les vaccinations de l'année 1877, p. 12.

(2) Académie de médecine. (Voir les rapports de chaque année sur les revaccinations.)

constaté que 26,83 0/0 de succès sur 146 anciens soldats, tandis qu'il en avait eu 60 0/0 sur 543 hommes de recrue (1).

(*A suivre.*)

NOTE SUR UN CAS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par G.-H. Roger, interne des hôpitaux.

Si la mort est la terminaison habituelle de la méningite tuberculeuse, on peut s'appuyer sur l'autorité des auteurs les plus compétents pour affirmer que la guérison est possible. Mais le petit nombre de cas qu'on parvient à réunir ne peut guère modifier le pronostic. S'il y a en tout une vingtaine d'observations, qu'est-ce que ce chiffre quand on songe que la méningite entre pour un trentième dans les causes de mort des enfants (Guersant, Archambault)? Ces faits nous apparaissent donc comme des exceptions, plus propres à étonner qu'à donner de l'espérance. C'est la conclusion à laquelle arrivent tous ceux qui, étudiant la méningite tuberculeuse, essayent de démontrer sa curabilité. Ainsi, Rilliet, en 1853, publie trois nouvelles observations qui paraissent incontestables. Mais aussitôt ce savant médecin ajoute que ces faits ne modifient en rien le pronostic ; que trop souvent il reste, à la suite de la poussée méningitique, des troubles du système nerveux indiquant jusqu'à un certain point la persistance du mal ; que les enfants, momentanément guéris, sont toujours plus ou moins exposés à une récidive, « parce que la lésion chronique persiste *in toto* et parce que la diathèse n'est pas éteinte ».

Depuis cette époque, on a publié d'autres faits semblables ; plusieurs émanent de médecins trop compétents pour qu'il puisse subsister le moindre doute sur le diagnostic. Il suffit de rappeler les noms de Trousseau, Barth, West, Millard, Henoch. Mais ces observations n'apprennent rien de plus et ne modifient aucunement les conclusions du travail de Rilliet. La question a été reprise récemment et traitée d'une façon

---

(1) Académie de médecine, rapport sur les vaccinations de l'année 1882, p. 17.

toute nouvelle par M. Cadet de Gassicourt (1). Notre savant maître a consacré tout un chapitre de son livre à l'étude des méningites qui guérissent. Il a relevé les observations antérieures et en a ajouté deux personnelles. Comparant tous ces faits, il a pu en tirer des conclusions fort importantes. Il fait remarquer tout d'abord que les méningites qui guérissent ne sont pas tout à fait identiques à celles qui tuent : elles évoluent par poussées, présentant de nombreuses rechutes et des récidives ; elles laissent souvent à leur suite des altérations permanentes, telles que : hémiplégie, affaiblissement intellectuel, peut-être même surdi-mutité. Voilà pour le côté clinique. Que conclure au point de vue de l'anatomie pathologique et de la nature de ces méningites? C'est que, dans tous les cas, il ne s'agit probablement pas de méningites granuleuses généralisées : il s'agit de poussées inflammatoires se faisant autour d'un noyau tuberculeux ; ce n'est pas là une hypothèse plus ou moins ingénieuse, c'est une conclusion qui peut déjà s'appuyer sur deux autopsies.

La première est celle que relate Rilliet (2). Il s'agit d'un enfant qui, à l'âge de cinq ans, est atteint d'une méningite ; l'évolution est entrecoupée par une accalmie qui dure du huitième au quatorzième jour ; mais ensuite les symptômes vont s'aggravant jusqu'au quarante-huitième ; alors, les phénomènes morbides disparaissent peu à peu et, le quatre-vingt-septième jour, le rétablissement est complet. Pendant six ans, la santé est parfaite et l'intelligence intacte. Mais, au bout de ce temps, survient brusquement une récidive qui entraîne la mort en treize jours. A l'autopsie, à côté de lésions tuberculeuses évidemment récentes, on trouve « à la partie moyenne de l'hémisphère gauche une masse jaunâtre occupant l'intervalle de deux circonvolutions et formant entre elles comme une espèce de coin à base extérieure... Cette masse est composée d'une matière dure, cassante, jaunâtre, qui est entourée de vais-

(1) Cadet de Gassicourt, *Clinique des maladies de l'enfance*, t. III, 1884.
(2) Rilliet. *Arch. gén. de méd.*, 1853, t. II, p. 659.

seaux et qui est traversée par eux de façon à offrir en deux ou trois points de petits orifices béants et dans lesquels on pourrait introduire une petite épingle. Ce produit morbide, examiné au microscope, a été trouvé identique à de la matière tuberculeuse; mais il différait du tubercule ordinaire par sa plus grande dureté; le tissu cellulaire qui entourait les vaisseaux était épaissi et résistant. Cette masse pouvait avoir environ une longueur d'un centimètre et une épaisseur de quatre millimètres dans le point où elle était le plus large. » Autour du tubercule, ainsi qu'à la base du cerveau, on constata, de plus, des lésions de méningite chronique.

M. Cadet a pu observer un cas analogue. Un enfant de quatre ans présentait tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse, quand, au bout de cinq ou six jours, survint une amélioration notable; tout semblait rentrer dans l'ordre lorsque, le treizième jour, les phénomènes reparurent et persistèrent, avec quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au vingt-troisième jour; alors la guérison sembla définitive pendant deux mois et demi. Au bout de ce temps, nouvelle poussée durant trois jours et caractérisée par deux attaques éclamptiques. Puis nouvelle période de calme; au bout de trois mois, troisième attaque éclamptique; dès le lendemain, l'enfant était remis; mais, quelques jours après, il était atteint d'une diphthérie qui l'emportait en six jours. A l'autopsie, on trouva quatre granulations tuberculeuses dans la scissure de Sylvius et, dans le lobe gauche du cervelet, une tumeur ayant le volume d'un œuf; autour de cette tumeur, les méninges « étaient très épaisses et présentaient tous les caractères d'une inflammation ancienne et quelques traces d'une inflammation plus récente. En d'autres points voisins, les méninges étaient rouges et injectées, hyperémiées ».

A côté de ces deux faits, nous pouvons en placer un troisième, que nous avons observé dans le service de notre maître M. Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Trousseau. Il s'agit d'un enfant qui, à l'âge de deux ans, fut atteint d'une méningite

tuberculeuse dont il guérit, mais à la suite de laquelle les facultés intellectuelles furent presque complètement éteintes. Huit ans après, il succomba à une nouvelle poussée de méningite ayant apparu brusquement, sans prodromes, comme dans l'observation de Rilliet. L'autopsie vint confirmer l'hypothèse de M. Cadet en montrant, à côté de lésions récentes, des masses tuberculeuses anciennes autour desquelles se voyaient les vestiges de poussées inflammatoires du côté des méninges. La rareté des faits de ce genre nous a engagé à publier, avec quelques détails, cette nouvelle observation.

S... (François), âgé de 10 ans, entré le 27 septembre 1884, à l'hôpital Trousseau, salle Legendre, lit n° 5.

La mère du malade nous apprend qu'à l'âge de 2 ans, son enfant a été atteint d'une méningite. D'après le récit qu'elle fait, l'affection semble avoir été assez bien caractérisée. L'enfant présentait une constipation opiniâtre, des vomissements, des douleurs de tête ; il fut également atteint de convulsions. Ces phénomènes durèrent environ une quinzaine de jours, puis la convalescence s'établit. Mais l'enfant resta chétif et maigre ; son caractère devint triste et taciturne ; le développement des facultés intellectuelles sembla complètement arrêté. L'enfant apprit difficilement à parler, et ne put jamais ni lire, ni écrire. Pourtant la santé se rétablit peu à peu, et huit ans s'écoulèrent sans que nous puissions relever quelque maladie importante. C'est alors, le 25 septembre 1884, que l'enfant fut pris brusquement de vomissements verdâtres. L'état général s'aggrava rapidement ; dès le deuxième jour après le début de ces phénomènes, on dut amener le malade à l'hôpital Trousseau.

28 *septembre*. En examinant l'enfant, on constatait tout d'abord une notable augmentation du volume de la tête, surtout dans sa partie postérieure. Une ligne menée de la racine du nez à la bosse occipitale externe n'avait pas moins de 55 centimètres. Une autre ligne, allant d'une oreille à l'autre, en passant par le sommet de la tête, mesurait 33 centimètres. Cette déformation du crâne cadrait assez bien avec le récit qu'on nous avait fait. Il semblait donc que la poussée de méningite, dont cet enfant avait été atteint à l'âge de deux ans, eût laissé à sa suite une hydrocéphalie chronique.

Quant à l'affection actuelle, nul doute à son égard. Il s'agit d'une

méningite tuberculeuse. L'enfant est couché en chien de fusil. La respiration est calme et régulière ; le pouls est fort et régulier, 96. La torpeur est absolue. Il n'y a ni cris, ni convulsions. Les pupilles sont égales ; un peu de ptosis à gauche. Les dents et les lèvres sont fuligineuses ; les gencives couvertes d'un léger enduit pultacé. La langue est blanche et humide. Ce matin, l'enfant a eu une selle diarrhéique ; il a été pris deux fois de vomissements verdâtres. Le ventre est un peu rétracté ; la raie méningitique très accentuée. Pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie notable. Pas de contracture ; pas de raideur de la nuque.

Rien au cœur.

Rien aux poumons, sauf une respiration rude et soufflante au sommet droit.

Le diagnostic s'imposait. Tout en prédisant l'inefficacité probable du traitement, M. Cadet ordonna des toniques et prescrivit un gramme d'iodure de potassium.

29 *septembre*. Rougeurs spontanées de la face. Pupilles un peu inégales. Raideur de la nuque et du tronc. Un peu de contracture des membres inférieurs. Réflexes exagérés. Pouls légèrement irrégulier, 92. Une selle en diarrhée.

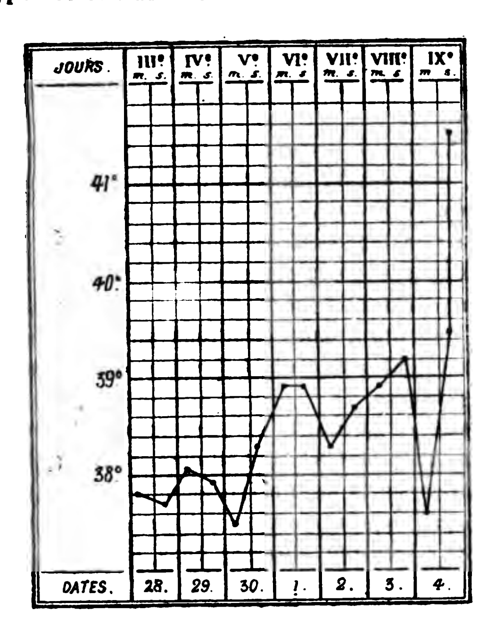
30 *septembre*. L'enfant semble aller mieux. Depuis hier, il s'est levé plusieurs fois sur son lit. Sous l'influence d'un besoin, il se soulève et se place lui-même sur le vase. Lorsqu'on le met debout, il marche, quoiqu'avec une très grande hésitation. Sa base de sustentation ne paraît pas solide ; pourtant on peut exercer sur ses épaules une pression assez forte sans le renverser. Le regard conserve encore une certaine animation ; les pupilles sont égales ; la respiration est calme ; le pouls est régulier, 140. On note encore un peu de raideur de la nuque et du tronc. Les membres inférieurs sont le siège d'un certain degré d'hyperesthésie. Le ventre est aplati en bateau.

1er *octobre*. Même état qu'hier. Seulement un peu plus de faiblesse des membres inférieurs. Depuis hier soir, l'enfant se tient moins bien sur ses jambes. Abandonné à lui-même, il s'accroche au lit pour ne pas tomber.

Le soir, nous trouvons l'enfant couché suivant le mode décrit sous le nom de position protubérantielle : les avant-bras sont fléchis sur les bras et ceux-ci sont écartés du corps.

2 *octobre*. L'enfant continue à s'affaisser. Il est dans le décubitus en chien de fusil. La nuque est très raide ; le ventre se creuse de

plus en plus. La face est immobile et se couvre de temps en temps de rougeurs spontanées ; les yeux sont fermés ; la bouche entr'ouverte, la langue desséchée ; le pouls est régulier et rapide, 143. La respiration inégale, irrégulière, suspirieuse, entrecoupée de temps en temps de gémissements plaintifs. Les réflexes sont très diminués. Notable hyperesthésie aux membres inférieurs.



3 *octobre*. Les yeux sont largement ouverts et fixes ; les conjonctives injectées.

Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes crémastériens diminués. Un peu de carphologie.

Depuis trois jours, constipation opiniâtre.

4 *octobre*. Le malade est plongé dans un état demi-comateux. Il reste ainsi jusqu'à 9 heures du soir. Alors la respiration revêt le type de Cheyne-Stokes. La mort survient sans autre agonie à 2 heures du matin. La température, prise dans le rectum au moment même de la mort, indique une élévation notable, 41°,5.

L'examen ophthalmoscopique avait été pratiqué le 1er octobre par M. le Dr Fieuzal. Nous sommes heureux de pouvoir transcrire la note qu'a bien voulu nous laisser le savant ophthalmologiste :

« L'examen ophthalmoscopique permet de constater l'existence d'une atrophie grise double des papilles optiques, consécutive à un processus méningitique. Il y a suffusion séreuse péripapillaire et obstruction peu marquée de la circulation veineuse rétinienne. L'œil droit présente, le long d'un vaisseau qui se dirige vers la partie temporale, une masse gris jaunâtre, isolée, ressemblant à un tubercule choroïdien ; c'est tout au moins un soulèvement de la rétine par un exsudat choroïdien, dont l'autopsie seule permettra de reconnaître la nature, car cette petite masse isolée ne présente pas tous les caractères du tubercule. »

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée trente-deux heures après la mort, nous a fait constater dans les poumons l'existence d'altérations tuberculeuses déjà anciennes. Les deux poumons sont remplis de granulations ; le lobe supérieur du côté droit est infiltré d'une masse caséeuse, creusée à son centre d'une vaste excavation.

Les autres organes sont sains.

En ouvrant l'œil droit, nous trouvons un exsudat grisâtre, en forme d'S, exactement au point où l'examen ophthalmoscopique en avait révélé la présence.

Centres nerveux. — La moelle épinière examinée dans toute son étendue, le bulbe et le cervelet sont absolument sains. Il n'y a aucune altération au niveau de la protubérance ; nous insistons sur ce dernier détail, puisque un soir nous avons constaté chez notre malade la position qu'on a prétendu observer dans les cas où ce centre est atteint.

Les lésions ne portent donc que sur les hémisphères ; nous ajouterons de suite qu'elles siègent exclusivement sur les circonvolutions. Les coupes que nous avons pratiquées nous ont montré qu'il n'y avait dans l'intérieur du cerveau aucune altération notable. Les ventricules, en particulier, étaient parfaitement sains, sans trace d'hydropisie. Il n'y avait pas non plus d'augmentation du liquide céphalo-rachidien dans les espaces arachnoïdiens ; en somme, on ne constatait nullement l'hydrocéphalie qu'on avait admise pendant la vie.

Sur la base du cerveau se voit, au niveau du chiasma, un léger exsudat fibrino-purulent, jaunâtre, qui se prolonge dans les scissures de Sylvius. Ces deux scissures sont remplies d'une matière verdâtre et épaisse, surtout abondante à gauche.

La face externe des lobes frontaux est remarquable par un exsudat

gélatiniforme infiltrant les méninges, et par quelques traînées purulentes qui suivent le trajet des principaux vaisseaux.

Les altérations des circonvolutions ascendantes et des régions pariétales diffèrent d'un côté et de l'autre.

À droite, la partie supérieure de la pariétale ascendante et le lobule pariétal supérieur sont recouverts d'un exsudat gélatiniforme, au milieu duquel on trouve quelques granulations semi-transparentes, petites et peu nombreuses.

A gauche, les lésions sont plus marquées. Sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, les méninges sont infiltrées d'un exsudat jaunâtre, se continuant avec une masse épaisse et verdâtre qui siège sur le lobule pariétal supérieur, et envahit un peu le lobule quadrilatère. Au milieu de ces productions fibrino-purulentes, on trouve des granulations jaunâtres plus volumineuses et plus anciennes que celles du côté droit. En examinant de près le lobule pariétal supérieur, on peut voir qu'outre les lésions récentes, il existe des lésions anciennes. Celles-ci sont caractérisées par un épaississement notable des méninges, ayant l'aspect de plaques fibreuses, à bords irréguliers, et adhérant fortement à la substance cérébrale. Ces légions anciennes forment une sorte de dépression que fait d'autant mieux ressortir le relief des productions récentes. En pratiquant des coupes, on constate que l'altération se prolonge dans le tissu cérébral, mais n'atteint que la partie la plus superficielle de l'écorce. Nous croyons que l'origine de ces lésions remonte à la poussée méningitique qu'a présentée notre malade à l'âge de deux ans. S'il peut y avoir quelques doutes à cet égard, ils ne peuvent subsister devant une altération plus accentuée et plus nette que nous avons trouvée au fond de la scissure de Sylvius, du côté gauche. Là encore, existent plusieurs points de sclérose méningée occupant la partie postérieure et supérieure de l'insula de Reil. Les coupes nous permettent de constater une lésion cérébrale très accentuée. C'est un noyau jaunâtre et dur; sa forme est irrégulièrement arrondie; ses bords sont mal limités, son diamètre atteint presque deux centimètres. La plus grande étendue de sa masse occupe la partie profonde de la substance grise, envahissant un peu la substance blanche. Ce n'est qu'en un endroit assez restreint qu'elle atteint la superficie; en ce point la pie-mère est épaissie et présente un aspect fibreux. Il s'agit donc, en somme, d'un tubercule ancien ayant déterminé dans les méninges

une poussée inflammatoire, dont nous retrouvons aujourd'hui les vestiges.

Examen microscopique. — C'est cette masse qui nous a servi pour l'étude microscopique. La pièce a été durcie par le bichromate de potasse et l'acide chromique; les coupes ont été pratiquées après inclusion dans la celluloïdine; elles ont été colorées au picro-carmin ou à l'éosine hématoxylique.

En examinant à l'œil nu une coupe d'ensemble colorée au picro-carmin, on reconnaît que la masse morbide est formée de deux parties distinctes : l'une centrale, jaunâtre; l'autre périphérique, rouge, entourant la précédente de toutes parts, sauf en un point où celle-ci atteint la pie-mère. La partie centrale présente une forme variable, suivant les points qu'on examine : sur la plupart des coupes, elle est allongée perpendiculairement à la surface du cerveau : sur quelques-unes, elle est triangulaire; enfin sur les limites de la tumeur, elle est arrondie et entourée complètement par la zone rouge.

En examinant à un faible grossissement (obj. 2, Verick), on constate qu'entre ces deux zones il en existe une intermédiaire (fig. 1, *b*), colorée en rouge et remarquable par une grande quantité de lacunes se présentant sous l'aspect de taches blanches. Cette zone moyenne se confond insensiblement avec la zone périphérique; sa limite interne est plus ou moins nette, suivant les points qu'on examine. Nous allons étudier successivement chacune de ces trois zones.

1° *Zone centrale.* — A un grossissement moyen (obj. 4), la zone centrale (fig. 1, *a*) présente l'aspect d'une masse granuleuse, jaunâtre, parsemée de quelques points rouges et de quelques lacunes. Les points rouges s'observent surtout au voisinage de la zone moyenne; ce sont les restes des cellules nerveuses devenues indifférentes. Au milieu de la masse on trouve des vaisseaux complètement oblitérés et reconnaissables seulement à la coloration rouge que prennent encore leurs parois; il y a pourtant des vaisseaux perméables (fig. 3), au moins en partie; ils sont très rares au milieu de la masse caséeuse, plus abondants à sa partie périphérique. Ces vaisseaux sont d'ailleurs notablement altérés. Leur paroi (obj. 7) est très épaissie, surtout dans sa portion externe et la gaine lymphatique est très élargie. Autour de ces vaisseaux se voient des cellules vésiculeuses semblables à celles que nous allons décrire dans la zone moyenne, mais beaucoup plus petites que celles-ci.

2° *Zone moyenne.* — Cette deuxième zone est colorée en rouge, mais présente encore par places quelques points de dégénérescence caséeuse. Ce qui lui donne un aspect spécial, c'est l'existence de vacuoles de forme ovalaire ou arrondie, disséminées ou arrivant à se toucher et à n'être plus séparées que par une mince cloison. A un plus fort grossissement (fig. 2), on reconnaît que l'on a affaire à des cellules de la névroglie devenues vésiculeuses; si quelques cavités sont vides, d'autres renferment encore un petit noyau granuleux ; quelques-unes même ont deux noyaux. Enfin on retrouve dans ces cellules une quantité plus ou moins grande de protoplasma, généralement plus abondant autour du noyau. Dans quelques cellules pourtant c'est l'inverse; le noyau est entouré d'une vacuole et le protoplasma est repoussé du côté opposé. Il est enfin quelques cellules dont le protoplasma est simplement granuleux et ne présente pas de vacuoles.

En faisant cheminer la préparation, et se rapprochant de la zone périphérique, on voit le nombre des cellules vésiculeuses diminuer de plus en plus et on arrive insensiblement à la troisième région.

3° *Zone périphérique.* — Celle-ci (fig. 1, *c*) est essentiellement constituée par un tissu conjonctif lâche, au milieu duquel on retrouve de nombreux éléments nerveux, la plupart altérés, mais dont quelques-uns présentent encore des restes de prolongements et un noyau distinct.

Dans cette zone, comme dans la précédente, on rencontre des vaisseaux perméables, mais atteints de périartérite.

4° *Pie-mère.* — Il nous reste maintenant à dire quelques mots de l'état de la pie-mère. Celle-ci est épaissie, fortement colorée en rouge; beaucoup de vaisseaux sont perméables et remplis de globules; mais leur paroi externe est augmentée de volume. Tout autour se voient de nombreuses cellules rondes, qui sur plusieurs points pénètrent la substance cérébrale, et l'unissent intimement à la méninge. Ailleurs les vaisseaux sont oblitérés par endartérite, et entourés alors d'une zone granuleuse, jaunâtre.

Ainsi donc, nous avions affaire à une masse caséeuse, entourée d'une zone d'encéphalite chronique. Celle-ci dans sa partie interne était remarquable par l'existence de cellules vésiculeuses, semblables à celles qu'a décrites Chantemesse(1).

(1) Chantemesse. Thèse de Paris, 1884.

Comme l'a très bien remarqué cet auteur, cette altération n'est pas nécrobiotique, mais inflammatoire; dans notre cas, il existait des cellules ainsi altérées dans la zone caséeuse; mais c'était exclusivement autour des vaisseaux encore perméables, c'est-à-dire dans les points le moins atteints par la dégénérescence.

Aucun doute ne peut être émis sur la nature tuberculeuse du processus. D'ailleurs, nous avions pu constater l'existence de bacilles dans des portions obtenues par raclage à l'état frais. Malheureusement, les pièces ayant été durcies par l'acide chromique, nous n'avons pu parvenir à colorer les bacilles dans les coupes et à étudier leur disposition.

Il s'agissait donc dans notre cas, comme dans les deux autopsies antérieures, d'un tubercule cérébral ayant déterminé une poussée de méningite. Si nous avons adopté le titre de *méningite tuberculeuse*, c'est parce que dans notre observation, comme dans les faits antérieurs, les symptômes différaient essentiellement de ceux que déterminent les tubercules cérébraux. On sait que ceux-ci ne sont pas rares dans l'enfance; mais, sauf quelques cas où ils restent latents, ils s'accompagnent de manifestations cliniques analogues à celles qu'on observe dans toutes les tumeurs cérébrales et permettant par conséquent de poser un diagnostic et quelquefois même d'établir une localisation. Rien de pareil dans les cas que nous avons en vue; malgré l'altération considérable des centres nerveux et sans doute à cause de phénomènes de suppléance, la lésion cérébrale reste latente; les manifestations méningées sont au premier plan : c'est le tableau habituel de la méningite tuberculeuse; il n'y a de différence que dans l'évolution. Ce ne sera donc que d'après la marche insolite des phénomènes qu'on pourra, dans les cas analogues, soupçonner la nature du processus.

TRAITEMENT DU STRABISME (1).

Par les Drs L.-A. de Saint-Germain et Valude.

Le traitement du strabisme doit avant tout s'adresser à la cause qui l'a produit, aussi, à l'exemple de Landolt (Dict. encyc. art. Strabisme), décrirons-nous successivement la thérapeutique du strabisme convergent et celle du strabisme divergent.

La partie opératoire qui s'adresse à la fois à ces deux variétés, quoique avec certaines différences, sera réservée pour la fin de ce chapitre. Les opérations du reculement et de l'avancement musculaire seront employées pour remédier aux déviations paralytiques de la même manière et dans une semblable mesure que pour faire disparaître le strabisme.

TRAITEMENT DU STRABISME CONVERGENT OU HYPERMÉTROPIQUE.

Verres correcteurs. — Quel que soit l'état et le degré du strabisme, on devra, en tout état de cause et *toujours*, faire porter au malade des verres qui corrigent la *totalité* de son amétropie. Nous aurons plus tard à expliquer la manière de diagnostiquer la totalité de l'hypermétropie, disons seulement que l'œil doit être couvert d'un verre qui corrige :

1° Son défaut vrai de réfraction statique, l'influence de l'accommodation étant écartée.

2° L'astigmatisme (et ce avec le plus grand soin), s'il en existe.

Les bénéfices de l'usage constant de pareilles lunettes seront très grands : un strabisme *fixe confirmé* sera très amélioré; les autres moyens de traitement, l'opération devien-

(1) Extrait de *Traitement des affections oculaires chez les enfants*, par les Drs de Saint-Germain et Valude. (Ce volume est sous presse.)

dront plus efficaces. Le strabisme *alternant*, *intermittent* et surtout cet état *asthénopique* connu sous le nom de *strabisme latent*, pourront être entièrement guéris par l'emploi judicieux et bien ordonné des verres correcteurs.

Les règles à observer sont les suivantes : *Les verres doivent être portés constamment*, pour empêcher les efforts d'accommodation de se produire dans les instants où les lunettes seront absentes.

Ceci est souvent difficile à obtenir des jeunes enfants, il faut alors surveiller les yeux, et, dès que l'un d'eux se dévie d'une façon permanente, employer à le redresser des exercices fréquemment répétés.

Un bandeau recouvrant l'œil sain, on fera reprendre à l'œil en tendance de déviation l'habitude de la vision qu'il était occupé à perdre. En un mot, on surveillera l'enfant de près pour éviter avec le plus grand soin la perte de la vision binoculaire.

Enfin, on évitera les travaux ou exercices de vision rapprochée, susceptibles de mettre en jeu l'accommodation et aussi la convergence qu'il faut tendre au contraire à annihiler.

Atropinisation. — Le strabisme convergent se produit, avons-nous dit, parce que la fonction convergence *emboîte le pas* avec l'accommodation exagérée dans l'hypermétropie, pour suppléer à cette réaction dioptrique trop faible.

Supprimons donc l'accommodation ; plus de convergence, plus de tendance au strabisme. De là est venue l'idée d'employer l'atropine qui paralyse l'accommodation, d'atropiniser les yeux des strabisques convergents.

Mais la nature et le principe même de ce traitement montrent qu'il n'a de chance de réussir, naturellement, que sur des yeux dont la déviation est encore soumise directement à l'influence de l'accommodation; c'est-à-dire dans les strabismes *intermittents* ou *alternants* qui ne se manifestent qu'à l'occasion d'un effort accommodatif. Dans les déviations permanentes ancrées, en dedans, la cure d'atropine n'est suivie d'aucun

effet sérieux. Dans les cas cités plus haut seulement on usera donc avec avantage d'un collyre faible 1/200 à l'atropine, instillé journellement *dans les deux yeux*, et pendant *un très long temps*.

Traitement orthoptique. — Stéréoscope. — Dans le strabisme ancien l'atropine ne peut plus avoir aucun effet et les verres sont fréquemment impuissants; on peut avoir alors recours, avant d'en venir à l'opération, au traitement orthoptique, au *stéréoscope*, dont l'emploi a été si soigneusement réglé par M. Landolt (Dict. encycl.).

Le but de cette cure orthoptique est naturellement le rétablissement de la vision binoculaire. Or, ici, l'un des yeux est dévié, c'est-à-dire qu'il a perdu l'usage de la vision; il faudra donc premièrement rendre à l'œil dévié sa faculté visuelle, deuxièmement redonner à cet œil ainsi redevenu voyant l'habitude de la vision binoculaire.

Premier point. — On rétablira la fonction visuelle de l'œil dévié, soit en exerçant celui-ci isolément (l'œil sain étant couvert), soit en cachant l'un des yeux (le moins bon), sous un verre coloré, pour provoquer la double impression du blanc et du rouge (si le verre est rouge); ceci sera preuve que les deux rétines jouissent bien de leur fonctionnement.

Donc, la conséquence de ce premier point est le rétablissement de la vision de l'œil dévié et par suite l'établissement de la diplopie, qui ne faisait défaut que parce que cet œil strabique était physiologiquement éteint.

Deuxième point. — La diplopie étant produite, il faut mettre à profit l'appétit qu'éprouvent ces yeux diplopes à obtenir la vision binoculaire. Les exercices stéréoscopiques rationnellement ordonnés peuvent donner en ce sens les meilleurs résultats.

Ces exercices sont de deux sortes :

1° Dans le premier cas on exercera les yeux à voir binoculairement, sans accommoder, ni converger, comme pour le re-

gard à grande distance, comme dans la vision d'objets éloignés.

2° Dans le second ordre d'exercices, on cherchera à obtenir la vision binoculaire, en l'associant à des degrés de plus en plus forts d'accommodation et de convergence, comme pour la fixation d'objets de plus en plus rapprochés.

L'instrument mis en usage est un stéréoscope ordinaire qui présente, à la place des deux oculaires, de simples montures vides, destinées à recevoir les verres appropriés au genre d'exercice qu'on veut pratiquer.

L'objet placé au fond du stéréoscope est un carton blanc sur lequel sont collés des pains à cacheter, suivant la disposition indiquée par la figure :

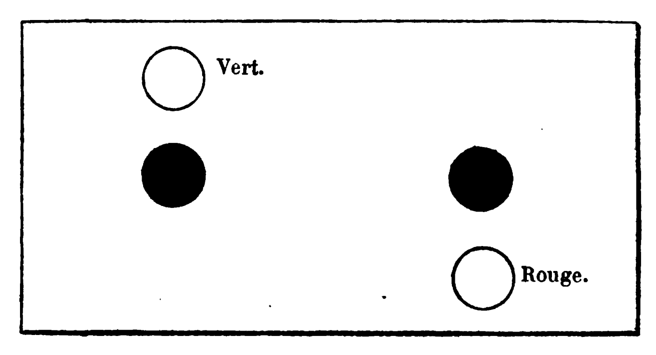


Figure 1.

La distance qui sépare ces deux groupes de pains à cacheter est variable ; on se sert généralement d'un jeu de 5 cartons dans lesquels les distances qui séparent les pains sont successivement de 6 cent., 5, 4, 3, 2. Regardés dans les conditions de la vision binoculaire, ces deux séries verticales des pains à cacheter doivent se superposer sur une seule ligne, de manière à ce que les 2 pains noirs se confondent absolument, les 2 pains colorés étant situés : le vert en dessus et le rouge en dessous.

Une boîte de verres assortis, un stéréoscope ainsi monté, suffisent à tous les exercices qu'il nous reste maintenant à

décrire ; mais avant d'entrer dans leurs détails, il est indispensable d'être prévenu de ce fait, que ces exercices réclament fréquemment des temps de repos. Il n'en est pas de plus difficilement supportés, surtout chez les enfants peu disposés à surmonter le malaise oculaire, et que le désir d'une amélioration n'anime pas, parce qu'elle ne se fait pas immédiatement sentir. Au bout de quelques minutes à peine, les réponses deviennent confuses et contradictoires, il ne faut ni s'en étonner ni accuser la méthode, on doit au contraire s'y attendre et arrêter l'exercice pour faire reprendre aux yeux leur assiette ordinaire. On comprend de quelle patience doivent s'armer le malade et le médecin qui prétendent, malgré ces achoppements multipliés, mener à bien une telle cure si longue déjà par elle-même.

Cette condition étant connue, le médecin étant en garde contre le découragement, les exercices commenceront par :

L'exercice stéréoscopique sans le concours de l'accommodation ni de la convergence, c'est-à-dire l'exercice dans lequel les yeux s'exercent à voir binoculairement des objets situés à grande distance. Les conditions d'une telle vision à l'état normal sont, on le sait, que les yeux sont dirigés parallèlement et que l'accommodation ne s'exerce pas.

Pour les reproduire dans le stéréoscope, il faut : 1° rendre les regards parallèles en donnant à fixer un carton sur lequel les pains à cacheter sont éloignés les uns des autres de la distance ordinaire des deux yeux (5 à 6 cent.). De la sorte la convergence est supprimée.

2° Il faut empêcher de se produire l'accommodation qui serait nécessaire pour fixer un objet aussi rapproché que l'est ce carton. Aussi, si le carton est situé à 16 cent. 1/6 de mètre (longueur ordinaire des stéréoscopes), il faut mettre devant l'œil un verre qui produise artificiellement ce que l'accommodation aurait fait pour cette distance, il faut employer le convexe 6 dioptries. De la sorte, l'œil regarde sans accommodation et sans convergence des objets qui semblent parallèles et à grande distance et dont les images doivent se superposer,

de la manière que nous avons décrite plus haut, pour le cas de vision binoculaire normalement effectuée.

Telle serait la manœuvre pour faire voir binoculairement des points parallèles à un emmétrope ; mais si l'œil est hypermétrope, il faut commencer par corriger son hypermétropie en ajoutant au convexe 6 fondamental le verre correcteur de l'amétropie.

Le stéréoscope étant ainsi armé de deux convexes 6 augmentés des verres correcteurs appropriés, on engagera l'enfant hypermétrope à fixer les points colorés à s'efforcer de les réunir en une seule ligne verticale. On se rappellera que ces efforts devront être interrompus souvent sous peine de devenir inutiles et même nuisibles.

L'enfant ayant appris à voir binoculairement sans accommodation ni convergence, on passera à la seconde série d'exercices et on *l'exercera à la vision binoculaire stéréoscopique, combinée à un degré de plus en plus fort de convergence et d'accommodation*. Le résultat proposé est d'obtenir une synergie satisfaisante entre ces deux fonctions normalement connexes, mais brouillées l'une avec l'autre dans le cas de strabisme.

Pour arriver à ce but, on diminuera progressivement l'écartement des points colorés fixés, ce qui nécessitera pour la vision binoculaire un certain effort de convergence ; simultanément on retranchera du convexe 6 un nombre correspondant de dioptries, ce qui obligera le malade à une certaine suppléance d'accommodation corrélative de la convergence employée.

Supposons par exemple un hypermétrope de 3 dioptries :

Pour l'exercice premier, sans convergence ni accommodation, il fixait binoculairement le carton de 6 centimètres (1) avec les verres $6 + 3 = + 9$.

Pour voir un carton sur lequel les points colorés sont seu-

(1) Le carton de 6 centimètres s'entend de reste; c'est celui sur lequel les points colorés sont distants de 6 centimètres, etc.

lement distants de 4 centimètres, il emploiera 2 angles métriques (1) de convergence. Pour l'exercer alors à unir convenablement la convergence à l'accommodation, ce qui est le but du traitement, on devra forcer cet hypermétrope à mettre en jeu en même temps deux dioptries d'accommodation ; il n'aura donc pas besoin de verres mesurant 6 + 3 = + 9, mais seulement de verres mesurant 4 + 3 = + 7 dioptries.

Avec le convexe 7 le malade devra réunir binoculairement les points colorés écartés les uns des autres de 4 centimètres.

Et ainsi de suite ; dans notre exemple de 3 dioptries d'hypermétropie pour un carton de 3 centimètres, il faudra un convexe de 3 + 3 = 6 d., etc.

Pour tous ces différents cartons et avec les différents efforts de convergence et d'accommodation, le petit malade devra faire des tentatives de vision binoculaire en pratiquant de fréquentes et longues pauses. Finalement et la patience aidant, le sujet primitivement strabique aura non seulement repris dans un œil l'habitude de la vision, mais encore aura regagné la vision binoculaire pour toutes distances.

Mais s'il a reconquis tous les avantages, c'est, ne l'oublions pas, à l'aide de son verre correcteur, qui vient rétablir l'harmonie perdue entre la convergence et l'accommodation. L'enfant ne pourrait donc pas quitter ses lunettes sous peine de voir réapparaître la diplopie et la déviation. Si donc un résultat satisfaisant a été obtenu par les exercices stéréoscopiques ainsi décrits, il restera en dernier ressort à chercher la guérison complète, la vision binoculaire, sans verres correcteurs.

Ce résultat est plus rare à obtenir ; néanmoins on essayera de diminuer progressivement et sans se hâter la force des verres correcteurs au cours des exercices. L'important est de ne pas procéder par diminution brusque dans le numéro des verres et encore et toujours de savoir arrêter l'exercice stéréo-

---

(1) *Angles métriques :* unité de convergence correspondant à la dioptrie, unité de réfraction et d'accommodation et connexe de la seconde (Nagel).

scopique dès que la moindre fatigue commence à se manifester.

TRAITEMENT DU STRABISME DIVERGENT, OU MYOPIQUE.

Verres correcteurs. — De même que chez l'hypermétrope, on s'efforcera de corriger l'amétropie du myope en lui faisant porter des verres appropriés. Mais ici avec un résultat bien différent. Tandis que l'hypermétrope accepte avec plaisir les verres correcteurs, qui lui donnent des images nettes et agrandies, les myopes un peu élevés surtout repoussent les lunettes qui rapetissent les objets d'une façon incommode.

Il en résulte qu'il est souvent impossible par les seuls verres de corriger l'amétropie et de redresser la déviation d'un enfant atteint de strabisme divergent myopique. On pourra, alors, remédier à la diplopie à l'aide de prismes à *base interne* ou mieux encore en *décentrant* les verres concaves que le malade aura acceptés.

Le centre de ces verres correcteurs sera reporté en dehors, et ainsi sur les mêmes lunettes se trouveront réunis et le verre correcteur et le prisme susceptible de redresser la déviation.

Un des moyens les plus efficaces à employer, toutes les fois que le strabisme n'est pas assez prononcé pour être justiciable de l'opération, est l'*interruption et même l'abandon complet de tout travail de près.*

A un degré peu accentué le strabisme divergent est surtout dû à une faiblesse dans les muscles de la convergence ; d'où l'indication principale de laisser en repos le plus possible cette fonction. C'est pourquoi l'on peut dire que les exercices stéréoscopiques n'ont aucune application ici ; on pourra seulement utiliser ces exercices pour le rétablissement de la vision binoculaire, après l'opération du strabisme dont nous allons nous occuper maintenant.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES DÉVIATIONS DU GLOBE DE L'ŒIL.

Nous décrirons :

1° La *Ténotomie* ou reculement du muscle.

2° L'*Avancement musculaire* qui n'est qu'un moyen de rendre plus puissante et plus efficace la première opération.

1° *Ténotomie.* — L'appareil instrumental nécessaire à cette opération se compose de : l'écarteur des paupières; deux pinces à griffes ; ciseaux courbes ; deux crochets à strabisme, grand et petit ; deux aiguilles fines munies d'un fil de soie.

M. Abadie, qui est un des plus habiles, comme on sait, en chirurgie oculaire, décrit et pratique ainsi cette opération :

Saisir la conjonctive bulbaire près de la cornée du côté du muscle à reculer, et inciser d'un coup de ciseaux ce pli conjonctival. Pénétrer avec la pointe des ciseaux dans la plaie ainsi faite et à petits coups disséquer en le contournant le globe oculaire, de manière à séparer le bulbe de la conjonctive soulevée par la pince. Cette dissection sera prolongée d'autant plus qu'on désirera plus d'effet (elle peut l'être jusqu'au delà de l'équateur de l'œil).

Entrer le grand crochet mousse dans la plaie et en le retournant charger le muscle à ténotomiser au niveau de son insertion au dehors et l'inciser successivement à petits coups de ciseaux jusqu'à ce que le crochet sorte délivré.

L'opération est alors achevée; il faut néanmoins en contrôler le résultat en promenant dans tous les sens le petit crochet dans les profondeurs de la plaie conjonctivale : toute bride, vestige de l'insertion tendineuse, qui se viendra charger sur le crochet sera sectionnée.

Suture conjonctivale en deux points. Telle est l'opération qui convient aux degrés peu avancés du strabisme ; si le cas est tout à fait léger, il conviendra d'en atténuer les effets en n'incisant pas complètement toutes les fibres tendineuses

d'insertion, en ménageant les fibres médianes, par exemple. La ténotomie est dite *incomplète*. On peut aussi diminuer l'effet du reculement en exagérant la suture conjonctivale, ou en plaçant plus de deux points de suture.

Pour augmenter au contraire les effets de la ténotomie, on agrandira l'ouverture conjonctivale, on séparera par dissection la conjonctive du bulbe, aussi loin qu'il sera possible. Enfin l'insertion tendineuse, les brides fibreuses voisines, venues de la capsule de Ténon, seront complètement sectionnées et on ne fera point de suture à la conjonctive.

Un moyen très puissant d'accentuer la correction, soit parce qu'elle a été insuffisante, soit parce que la ténotomie a été incomplètement faite, est de pratiquer ce qu'on appelle la *suture de de Graefe* :

Pour ce faire, on saisit fortement un pli conjonctival *comprenant le tissu cellulaire sous-conjonctival et même l'aponévrose ténonienne du côté du muscle à renforcer, du côté opposé par conséquent à la ténotomie*. (Le pli peut s'étendre depuis l'angle de l'œil jusqu'au bord de la cornée, quand il y a beaucoup à corriger.)

Puis on embroche ce pli par une aiguille munie d'un fil fort, et *menée horizontalement* dans le sens de la direction du muscle à renforcer. La suture ainsi passée, est serrée plus ou moins, suivant l'effet à obtenir, effet qui se mesure par le degré de redressement que subit le globe de l'œil sous l'influence de cette suture.

La ténotomie simple convient aux strabiques moyens ; *si la déviation est alternante, et que les deux yeux aient la même acuité visuelle, on pourra tirer grand bénéfice d'une ténotomie faite sur chacun des deux yeux*. De la sorte il n'est pas nécessaire d'accumuler sur un seul l'œil une action correctrice, qu'il faudrait alors rendre très forte. Mais *si la déviation est unilatérale, si surtout l'œil dévié est inférieur à l'autre, il sera préférable de s'attaquer à ce seul œil dont la privation ne serait pas une grande perte pour la vision*. On fera alors *l'avancement capsulaire* ou mieux l'AVANCEMENT MUSCULAIRE.

2° *Avancement musculaire.* — Cette opération est destinée à renforcer le reculement du tendon ; on commencera donc par faire la ténotomie du muscle rétracté avant d'avancer le muscle opposé. Cette mesure est utile pour obtenir l'effet voulu et l'opération est rendue plus facile (1).

L'outillage opératoire est le même que précédemment, mais les fils de soie doivent être plus solides que ceux qui sont destinés seulement à suturer la conjonctive :

Pincer la conjonctive *au bord même* de la cornée et faire au pli une incision courbe ; puis exciser le lambeau, de manière à obtenir la plaie conjonctivale qui est figurée ci-après.

L'insertion tendineuse est à peu près à découvert ; on achève de l'isoler en la chargeant sur le crochet, en la libérant

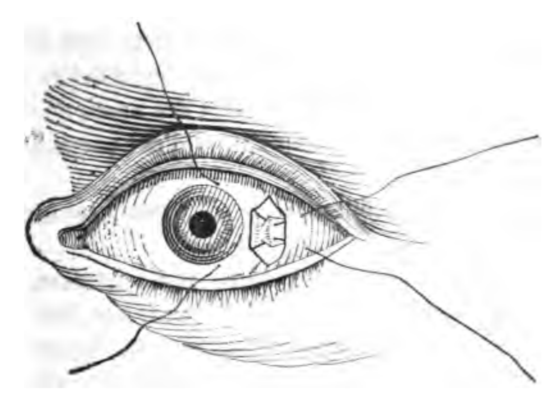


Figure 2.

avec la plus grande précaution, en l'entamant même un peu de chaque côté ; mais on a soin de ne point inciser les fibres musculaires.

Puis, le muscle étant toujours soutenu par le crochet, on

(1) Il est bon de garder pour la fin de l'opération la ténotomie du muscle rétracté. En effet, la déviation oculaire qui suit la ténotomie est gênante pour la manœuvre délicate de l'avancement musculaire. Le mieux est de débuter par l'avancement, de placer les fils ; puis, *avant de les serrer*, de ténotomiser le muscle qui doit être reculé.

passe les aiguilles : l'aiguille supérieure, entre la conjonctive commissurale, embroche le muscle et s'enfonce sous le lambeau conjonctival bulbaire, pour sortir au bord de la cornée, *plus ou moins loin, suivant que l'effet à obtenir est petit ou grand*. Le fil qui passe sous la conjonctive bulbaire doit comprendre le plus d'épaisseur possible de la muqueuse, car c'est là que portera tout l'effort de traction destiné à redresser l'œil et à remédier au strabisme. Le fil inférieur est placé de même et sort à la partie inférieure de la cornée mais dans un point *soigneusement symétrique* au premier (1). Puis le muscle est entièrement séparé de son insertion et il reste à serrer les fils. Pour cela un aide saisit le globe avec deux pinces au niveau du méridien vertical et le porte tout entier du côté où l'on veut obtenir la déviation correctrice, et en bonne situation. Les fils sont serrés et maintiennent l'œil dans la position cherchée. Cette manœuvre a pour but d'éviter la section du tendon qui suivrait la constriction des anses de fil, au cas où l'on chercherait le redressement de l'œil par la seule traction sur les sutures.

Du même coup la conjonctive se trouve réunie par les sutures.

Dans ce dernier temps opératoire, il est nécessaire d'exagérer un peu l'effet que l'on désire obtenir : *Il faut qu'immédiatement après l'opération il existe une certaine hypercorrection*. Dans les jours qui suivent il se fait un relâchement des parties, qui remet toutes les choses en place et procure une correction exacte et satisfaisante.

Si du reste l'hypercorrection restait trop forte, il suffirait d'enlever les fils un peu hâtivement, le deuxième ou troisième jour, pour aider à ce relâchement favorable.

On pourrait encore accentuer ce relâchement, s'il était nécessaire, en rouvrant la plaie, après l'ablation des fils, et en

(1) L'absence de symétrie dans le passage des fils aurait ce grave inconvénient, d'amener une rotation fautive du globe oculaire, qui, jointe au redressement horizontal, placerait l'œil dans une situation oblique.

rompant quelques-unes des adhérences récentes, à l'aide du crochet mousse.

En temps normal et pour une correction exacte, les fils seront laissés jusqu'au quatrième ou cinquième jour ; le petit malade restera couché ou tranquille, les deux yeux fermés, jusqu'à l'ablation des fils. Cette précaution d'occlure les deux yeux est indispensable ; on conçoit de quelle importance il est de soustraire l'œil opéré aux mouvements d'association par lesquels, même sous le pansement, il ne manquerait pas de s'efforcer de suivre son congénère, si celui-ci n'était pas couvert d'un bandeau.

REVUES DIVERSES

I. — Analyses et extraits divers.

Ueber Osteoklase, Osteoectomie und Osteotomie bei verschiedenen Knochen und Gelenks Verkrümmungen an den unteren Extremitäten (De l'ostéoclasie, ostéotomie et ostéoectomie dans les différentes courbures anormales des os et des articulations de l'extrémité inférieure), par le Dr J. Hofmokl, de Vienne. (*Arch. f. Kinderheilkunde*, t. VI, fasc. IV, 1885.)

L'auteur communique les résultats de 10 ostéoclasies, 31 ostéotomies et 11 ostéoectomies faites par lui sur 26 individus dont 8 adultes atteints de genu valgum ou varus et 18 enfants rachitiques.

Dans 9 cas sur 10, l'*ostéoclasie* a été pratiquée avec les mains, sans emploi d'aucun appareil.

Dans 1 cas, M. Hofmokl se servit de l'ostéoclaste de Rizzoli.

L'opération donna de bons résultats dans 7 cas. Dans 3 autres, à cause de la trop grande dureté des os, elle n'aboutit pas. La guérison a été toujours afébrile.

Voici, en quelques mots, le procédé de l'auteur : l'extrémité à opérer est enveloppée dans des draps mouillés. Elle est placée ensuite sur l'un des bords d'un prisme en bois, recouvert lui-même de draps mouillés. On casse l'os au point où sa courbure est la plus forte.

L'auteur n'a jamais vu de trop grandes meurtrissures de la peau à la suite de l'opération.

Dans l'ostéoclasie pratiquée à la jambe, le tibia est cassé du premier coup, le péroné n'est, le plus souvent, que courbé.

On parvient à donner, à l'extrémité opérée, la direction rectiligne après le second ou le troisième pansement.

L'auteur conseille l'ostéoclasie dans des courbures en arc des os, surtout quand ces derniers ne sont pas trop sclérosés.

L'*ostéotomie* est une opération plus fréquente que l'ostéoclasie. Elle est nécessaire dans les courbures anguleuses et dans les torsions en vis des os rachitiques.

L'auteur l'a faite 42 fois : 31 fois la guérison fut obtenue par première intention, 10 fois il y eut de la suppuration. Dans un cas, le malade succomba à la pyémie.

On pratique, le plus souvent, deux, trois ostéotomies sur le même os. Dans un cas (enfant de 4 ans) on en a fait cinq, qui toutes ont guéri par première intention.

Le procédé opératoire est simple : on incise la peau parallèlement à l'axe de l'os, on coupe le périoste perpendiculairement à cet axe et on sépare l'os, d'un seul coup si c'est possible, avec une forte gouge en forme de coin, à angles arrondis.

Dans l'*ostéoectomie*, le procédé reste le même. Souvent on incise le périoste parallèlement à l'axe de l'os.

L'auteur détermine la grosseur du coin osseux à exciser à l'aide du procédé suivant : il fait le dessin exact de l'extrémité et de ses os, il le découpe et coupe sur ce dessin et à la place où il se propose d'opérer, à l'aide de ciseaux, un coin de papier suffisant pour donner à l'extrémité dessinée la direction rectiligne. Il laisse communiquer les os du dessin par un petit pont en papier. En opérant, il excise dans l'os un coin de substance osseuse de la même grandeur que celui du dessin.

La hauteur du coin osseux excisé est de 3/4 de diamètre de l'os ordinairement.

La complication la plus fréquente de l'opération de l'ostéoectomie est une hémorrhagie abondante survenant à la fin de l'opération, ou parfois quelque temps après cette dernière.

Pour la prévenir, M. Hofmokl suspend l'extrémité opérée perpendiculairement à la direction du corps. Les enfants supportent admirablement cette suspension *verticale* de l'extrémité opérée. Ils guéris-

sent, pour la plupart, en huit à quatorze jours, et on n'est obligé de renouveler qu'une seule fois le bandage.

Par contre, les adultes se plaignent de fourmillement et de l'engourdissement de l'extrémité suspendue; on se contente alors de la fixer dans une position plus élevée que le reste du corps. Leur guérison est plus lente. Si l'enfant qu'on opère est encore atteint de rachitisme, il est absolument nécessaire, pour éviter les récidives, de se servir d'appareils préventifs.

L'auteur a vu se produire des récidives huit mois après l'opération. Aussi conseille-t-il l'emploi des appareils préventifs durant les douze à dix-huit mois qui suivent.

Si, au contraire, l'enfant n'est plus rachitique, on le voit jouer et courir trois à quatre mois après l'opération.

L'ostéoectomie n'a aucune influence fâcheuse sur la croissance ultérieure des os.

Ein Fall von Morbus Addisonii ber einem 10 jährigen Knaben (Un cas de maladie d'Addison chez un garçon de 10 ans), par le professeur Monti, de Vienne. (*Arch. f. Kinderheilkunde*, vol. VI, fasc. IV.)

La coloration caractéristique de la peau se développa dans ce cas par des poussées successives. Chacune de ces poussées était précédée par des troubles du système digestif et des accidents nerveux. Ces derniers consistaient en faiblesse, fatigue musculaire, somnolence, syncopes, maux de tête.

L'enfant jouissait d'une excellente santé avant le début de ces accidents. Il fut pris subitement par une fièvre assez vive suivie de vomissements, de diarrhée et des accidents nerveux sus-mentionnés.

Deux semaines après, la mère s'aperçut de la coloration anormale des mains et de la figure de l'enfant.

Ces attaques, suivies à deux à six semaines d'intervalle d'une exagération de la couleur de la peau, se répétèrent cinq fois durant trois ans.

L'enfant jouissait d'une santé relative et fréquentait même l'école dans l'intervalle des attaques.

Il serait impossible d'expliquer l'ensemble de troubles observés par l'anémie ou la mauvaise nutrition; vu l'excellente santé de l'enfant avant la maladie, M. Monti semble admettre l'altération des fonctions du grand sympathique pour se les expliquer.

L'enfant succomba à une attaque d'éclampsie.

Voici en quelques mots les données de l'autopsie :

Pneumonie lobulaire dans le lobe supérieur du poumon droit. Altération parenchymateuse du foie et des reins. Hydrocéphalie interne peu accusée.

Absence congénitale de la capsule surrénale droite. Atrophie complète, à la suite d'une inflammation chronique de la capsule surrénale gauche, dont les deux couches corticale et médullaire ne peuvent plus être distinguées.

Hyperplasie de la rate, des ganglions et des follicules lymphatiques.

Zur Lehre von der Pseudohypertrophie und progressiver Atrophie der Muskeln bei den Kindern (Contributions à l'étude de la pseudohypertrophie et de l'atrophie progressive des muscles chez les enfants), par le Dr N. Jakubovitsch. (*Arch, f. Kinderheilk.*, t. VI, fasc. IV.)

L'auteur regarde la pseudo-hypertrophie et l'atrophie musculaire comme de simples variétés d'une seule et même affection. Il a vu deux cas de cette maladie encore si peu connue et il a essayé de les décrire le plus minutieusement possible. Voici les conclusions auxquelles il arrive après de patientes et longues recherches :

1° La diminution de la quantité d'urée, d'acide urique et de créatine dans l'urine des malades accusent une incomplète assimilation des matières albuminoïdes ingérées.

2° De la quantité moins grande que normalement de chlorure de soude, on peut conclure à la diminution de l'assimilation en général.

3° La diminution de la créatine confirme l'opinion des auteurs qui la regardent comme le produit de la sécrétion du tissu musculaire.

4° La quantité élevée d'acide sulfurique contenue dans l'urine confirme l'assertion de Bence-Jones, d'après laquelle les maladies du système musculaire seraient caractérisées par l'augmentation des sulfates secrétés par l'urine.

5° Si, comme le croit Heller, les maladies organiques de la moelle épinière sont accompagnées de la diminution de la quantité de sulfates éliminés par l'urine, on ne saurait attribuer à la pseudo-hypertrophie musculaire une origine médullaire.

6° La diminution de la température de la peau, non accompagnée d'une diminution correspondante de la température intérieure de l'organisme indique la diminution de la production de la chaleur dans le tissu musculaire.

7° L'excitabilité électrique des muscles est fortement abaissée.

Dans l'un de deux cas, l'auteur a eu la possibilité d'examiner des morceaux de tissu musculaire pris, avec la permission de la mère, dans les différents muscles de l'enfant. Voici le résumé des particularités curieuses trouvées par lui :

Le tissu connectif intermusculaire est plus abondant que normalement. Parfois, il est comme supplanté par du tissu adipeux abondant. Les fibres musculaires offrent la disparition, par place, de la striation transversale et ont l'aspect de faisceaux des fils ondulés. En d'autres endroits, c'est la striation longitudinale qui disparaît complètement. Parfois, la fibre musculaire est comme tordue en spirale. On en trouve disposées en zig-zags, etc.

La graisse se trouve non seulement entre les différents faisceaux, mais aussi à l'intérieur de ces derniers. Le sarcolemme paraît épaissi.

L'examen microscopique montre en conséquence non seulement une pseudo-hypertrophie, c'est-à-dire une production anormalement abondante de tissu conjonctif, mais en même temps une véritable atrophie du tissu musculaire.

C'est ce qui fait admettre à l'auteur que la pseudo-hypertrophie et l'atrophie ne sont que deux manifestations différentes d'une seule et même maladie.

Zwei Fälle von schwerer Anämie geheilt durch subcutane Blutinjectionen (Deux cas d'anémie grave guérie au moyen d'injections sous-cutanées de sang), par O. Silbermann. (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1885, n° 26.)

1er Cas. — Un petit garçon âgé de 7 ans présenta, consécutivement à une rougeole suivie peu de temps après d'une coqueluche qui avait duré trois mois, tous les symptômes d'une anémie profonde : palpitations, pertes de connaissance, vomissements, accès fébriles nocturnes (38°,7), souffle systolique au niveau de la mitrale, augmentation considérable des globules blancs du sang. Le 1er mars 1885, injection sous-cutanée, selon la méthode de Ziemssen, de 20 grammes de

sang au niveau de chaque cuisse. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse ; la température resta normale. Dès le 3 mars, l'amélioration de l'état général fut très sensible. Le 9 mars, survint une nouvelle syncope, on fit une seconde injection de 40 grammes de sang comme précédemment. A partir de ce moment la santé s'améliora progressivement.

2° Cas. — Une fillette de 11 ans présenta des entérorrhagies très abondantes occasionnées par un polype du gros intestin. Opération en janvier 1885. Le 2 février, M. Silbermann trouve cette enfant qui ne pesait que 20 kilogrammes, dans un état anémique extrême. Pâleur considérable ; syncopes, vomissements, gastralgies intenses ; P. 120 ; souffle systolique. Augmentation énorme du nombre des globules blancs. Le 26 février, injection d'après la méthode de Ziemssen, dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau de chaque cuisse, de 25 grammes de sang pris sur la mère de l'enfant. Le soir, T. 37°,6. Ni albumine, ni hémoglobine dans les urines. Amélioration rapide et progressive de l'état général.

Der Mikrococcus der infectiœsen Vulvovaginitis bei Kindern (Le micrococcus de la vulvo-vaginite des enfants), par Cséri. (*Pester medicinisch chirurgische Presse*, 1885, n° 11.)

Vingt-six fillettes, âgées de 3 à 10 ans, et soignées pour diverses maladies chroniques, ont présenté de la vulvo-vaginite pendant leur séjour à l'hôpital des enfants de Pest. Chez toutes ces malades, M. Cséri a trouvé dans l'écoulement vaginal un microorganisme qui présente les mêmes caractères morphologiques que le gonococcus de Neisser. D'après l'auteur, ce gonococcus est, contrairement à l'opinion de Fraenkel, le même que celui qui caractérise la blennorrhée.

Toute une série de vulvo-vaginites chroniques seraient sans aucun doute infectieuses ; quant aux autres la preuve de l'infectiosité est encore à fournir. Les microcoques des vulvo-vaginites infectieuses n'ont pas encore pu être cultivés avec succès jusqu'ici. Mis en contact avec l'œil, le pus de la vulvo-vaginite infectieuse y détermine une conjonctivite intense. La transmission dans les hôpitaux d'enfants se fait par le linge, les cabinets d'aisance, les baignoires, les objets de pansement, et aussi par l'intermédiaire du personnel hospitalier.

Tod durch Askariden (Cas de mort déterminée par des ascarides), par le Dr Eichberg. (*Medizinisches Correspondenzblatt des Würtembergischen ärtzlichen Landesvereines*, 1885, n° 9.)

Deux enfants d'une même famille présentèrent tous les symptômes d'une maladie infectieuse grave, accompagnée d'un catarrhe gastro-intestinal très intense. L'aîné, âgé de 7 ans, meurt. A l'autopsie on constate une hydrocéphalie des ventricules latéraux. En outre, en ouvrant l'abdomen on trouve dans l'iléon une agglomération considérable d'ascarides qui y étaient au moins au nombre de 100 et qui avaient amené une distension énorme de l'intestin.

Une médication anthelmintique (calomel, jalap et santomine) sauva le deuxième enfant qui rendit une vingtaine d'ascarides lombricoïdes.

L'hydrocéphalie qui a déterminé la mort chez l'un de ces enfants doit être attribuée avec toute certitude à la présence des vers dans l'intestin ; on peut expliquer son origine par une action réflexe dont le point de départ aurait été la muqueuse intestinale irritée par les ascarides. On sait, du reste, que chez les enfants, les affections abdominales amènent facilement une hyperhémie cérébrale ; il suffit de rappeler, par exemple, la fréquence des attaques d'éclampsie dans les troubles aigus de la digestion. Vagel cite dans son *Lehrbuch der Kinderkrankheiten* (1re édition, p. 203) un cas analogue.

Beiträge zur Kenntniss der tuberculösen Infection (Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse), par R. Demme. (*Wiener Medicinische Wochenschrift*, 1885, n° 14.)

Une fillette âgée de 7 semaines meurt à la suite d'une péritonite tuberculeuse nullement compliquée de tuberculose intestinale ou mésentérique. Cette péritonite était survenue consécutivement à une ulcération tuberculeuse de l'ombilic dont le début remontait à quelques jours après la naissance. A cette époque les deux sommets de la mère de cette enfant étaient le siège d'une infiltration tuberculeuse chronique. Comme à l'autopsie on ne trouva en dehors de la péritonite aucune autre localisation de la tuberculose, et qu'en particulier, les méninges et les poumons étaient intacts, il y a lieu d'admettre que l'ulcération ombilicale a été la porte d'entrée par laquelle le virus tuberculeux a pénétré dans l'organisme infantile.

L'auteur communique une autre observation relativement à l'étiologie de la tuberculose chez les enfants. Les bacilles tuberculeux

s'observent fréquemment dans les éruptions eczémateuses et impétigineuses chroniques. Il a vu chez un enfant de 3 ans, bien portant, et ne présentant aucune tare héréditaire, une plaque eczémateuse de l'aine devenir la porte d'entrée pour une infection tuberculeuse, le processus pénétrant dans l'organisme par les voies sanguines et lymphatiques avait finalement provoqué une inflammation tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale. Les croûtes eczémateuses avaient été examinées à diverses reprises au microscope, et le résultat en avait toujours été négatif jusqu'à ce que cet enfant se fut trouvé en rapport quotidien avec une fillette de 7 ans, atteinte de tuberculose. A partir de ce moment la présence des bacilles fut trouvée constante.

L'auteur appelle également l'attention sur un cas d'inflammation de la muqueuse intestinale et des ganglions mésentériques chez un enfant qui tetait sa mère manifestement tuberculeuse. Déjà, vers la troisième semaine de la vie, diarrhée rebelle, puis bientôt deux fistules rectales dans les trajets desquelles on trouva des tubercules miliaires. La mort survint à l'âge de 3 ans. A l'autopsie, on constata un abondant semis de tubercules miliaires et sous-miliaires sur le péritoine, six à huit ulcérations tuberculeuses sur la muqueuse de l'intestin, une tuméfaction notable de tous les ganglions mésentériques dont un certain nombre étaient caséifiés et en voie de fonte purulente. Dans le foie quelques tubercules isolés. Rien dans le cerveau, le poumon, les plèvres, les ganglions bronchiques. Le cœur était également intact.

Verstopfung der Trachea durch eine verkäste und gelöste Bronchialdrüse Heilung nach Tracheotomie (Obstruction de la trachée par un ganglion bronchique caséeux ; trachéotomie ; guérison), par PETERSEN. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1885, nº 10.)

Un enfant âgé de 6 ans, atteint de tuberculose héréditaire, présenta, il y a deux ans, la rougeole ; il y a six mois, une bronchite. A la suite de celle-ci, accès d'asthme augmentant progressivement de fréquence, et finalement un accès de suffocation excessivement intense qui nécessita la trachéotomie. Comme la suffocation ne diminuait point, Petersen introduisit une sonde élastique dans la trachée pour rechercher l'obstacle. La sonde pénétra facilement jusqu'au niveau de la bifurcation. En la retirant, la bougie était couverte de masses granuleuses caséeuses, d'où Petersen pensa qu'il s'agissait d'obstruction

par ganglion bronchique en suppuration. Les tentatives d'extirpation avec le cathéter de Nélaton et les accès de toux amenèrent peu à peu des fragments du ganglion bronchique caséeux; peu à peu la respiration devint plus facile.

Petersen pense que la tuméfaction du ganglion bronchique a été la conséquence de la rougeole antérieure; la suppuration a eu pour cause la bronchite qui survint six mois après.

Tuberkel des Hirns (Des tubercules du cerveau), par le professeur Henoch. (*Arch. für Kinderheilkunde*, t. VI, fasc. II.)

Lorsque la méningite se complique de tuberculose de la substance cérébrale, l'évolution de la maladie est extraordinairement bruyante; des convulsions épileptiformes ouvrent habituellement la scène morbide. Il devient ainsi possible de faire le diagnostic de cette complication, surtout lorsqu'il survient rapidement une hémiparésie. L'auteur communique une observation dans laquelle on a trouvé, à l'autopsie, la tuberculose cérébrale localisée du côté de la paralysie. Dans un second cas, compliqué de tubercules isolés dans le thalamus optique, il y eut pendant la vie de l'hémichorée. Henoch ne pense pas qu'il y ait une relation entre ce symptôme et la maladie du thalamus, car l'hémichorée ne survint qu'après l'apparition de la méningite; du reste, l'auteur aurait observé maintes fois des affections du thalamus sans hémichorée concomitante. Dans un autre cas, la tuberculose du cervelet était compliquée d'hydrocéphalie chronique chez un enfant de 3 ans. Chez celui-ci, pendant l'agonie, la température s'était élevée à 40° cent.; on trouva, en outre, à l'autopsie, des ulcérations tuberculeuses étendues dans l'iléon, sans qu'elles aient donné lieu, pendant la vie, à aucun symptôme appréciable.

D[r] G. Boehler.

Diphtheria cured by Tolu varnish (Cure de la diphthérie au moyen du vernis au Tolu), par le D[r] Richard Lord, in *Brit. Med. Journ.*, 12 décembre 1885.

La jeune M.-O. L..., âgée de 13 ans, se plaint de malaise, étant sous le coup de la mort d'une de ses compagnes d'école, enlevée par la diphthérie. Laxatif salin. Sentiment de bien-être le lendemain, mais mal de gorge.

On trouve sur l'amygdale droite et sur le pilier postérieur correspondant une plaque épaisse, bien formée, d'aspect grisâtre, un peu plus petite qu'un florin, de forme ovale, avec des bords gangreniformes. A 5 heures, cette plaque s'était accrue, et deux autres plus petites plaques s'étaient formées de l'autre côté. *Les plaques diphthéritiques furent recouvertes avec le vernis de Tolu, tel qu'il est recommandé dans l'ouvrage du Dr Morel Mackenzie.* La teinture de perchlorure de fer, associée à la glycérine et au chlorate de potasse, fut prescrite à l'intérieur.

La malade se déclara soulagée par l'application du vernis qui fut faite deux fois par jour, au lieu d'une que recommande le Dr Mackenzie. La membrane commença à disparaître vingt-quatre heures après le temps de son apparition, et, le soir du quatrième jour, il n'en restait plus de trace.

Il est très important, avant l'application du vernis, de bien sécher l'isthme du gosier et les amygdales au moyen de papier buvard.

La solution peut être très bien employée à l'aide d'un pinceau de poil de chameau fixé à l'extrémité d'une hampe longue, mince et solide.

Vaccination. Delay in Development of Vesicles (Vaccination. Retard dans la formation des pustules), par le Dr Mordaunt G. Dundas, in *Brit. Med. Journ.*, 12 décembre 1885.

Le Dr Dundas a vacciné une dame à trois places avec du vaccin de génisse, le 1er mai de l'année courante. Le siège des piqûres fournit du sang en assez grande abondance. Il ne se montra pas de signes de vaccination légitime avant le 14 mai. A cette date, la malade éprouva un peu de démangeaison au siège des piqûres, et, le jour suivant, deux vésicules commencèrent à se développer. Ces vésicules arrivèrent à leur maturité, suivant la forme ordinaire ; les aréoles furent très enflammées et les ganglions axillaires hypertrophiés et douloureux.

La malade avait été vaccinée pendant son enfance.

Vermi e Verminazione (des Vers et des affections vermineuses), par le Dr P. Galvagno Bordonari (de Plaisance), 1885 (2 planches).

Cet opuscule très intéressant contient :

Des recherches microscopiques sur les fèces normales, sur les

fèces pathologiques, sur les œufs des entozoaires et sur la méthode propre à faciliter les recherches.

Un chapitre spécial traite des ascarides lombricoïdes, des tænias, des oxyures et des trichocéphales.

Après une analyse clinique très bien faite des symptômes attribués ordinairement à l'affection vermineuse, l'auteur publie dix observations :

1° Fièvre intermittente et état gastrique simulant l'affection vermineuse. Absence de vers. Guérison.

2° Fièvre simulant la fièvre typhoïde. Recherches microscopiques sur les fèces. Constatation de la présence d'œufs d'ascarides. Leur expulsion. Cessation immédiate de la fièvre.

3° Epilepsie réflexe provoquée par la présence des ascarides et des oxyures. Insuccès des bromures. Guérison par les parasiticides.

4° *Action chimique des ascarides*, déjà notée par Huber (1), et attribuée par Leuckart à la substance odorante contenue dans les renflements vésiculaires des fibres musculaires chez les ascarides.

Cette action produirait à la face et au cou un prurit intense, de l'érythème et même des grosses bulles.

5° Production extraordinaire d'ascarides chez un enfant à la mamelle. Cure prophylactique suivie de succès.

6° Pseudo-chlorose. Insuccès des ferrugineux. Examen des fèces. Existence du tænia solium. Expulsion et guérison.

7° Prurit anal attribué à la congestion des vaisseaux hémorrhoïdaux, causé réellement par des oxyures. Guérison.

8° *Intoxication par la santonine* avec péril imminent de mort. Guérison.

Quarante-cinq centigrammes de santonine avaient été donnés sans avis médical.

9° Occlusion intestinale par accumulation d'ascarides. Mort. Autopsie.

Cette monographie se termine par des considérations sur l'origine et les véhicules des ascarides lombricoïdes, sur les circonstances favorables à leur développement, sur la prophylaxie générale des entozoaires et sur la thérapeutique de l'affection vermineuse.

---

(1) *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, VII, 450, 1870.

Noma. Sua patogenesi e cura (Le noma. Sa pathogénie et son traitement), par le Dr G. Guidi (de Florence), in *Archiv. di Pat. infant.*, novembre 1885.

L'étiologie parasitaire du noma ne paraît pas aussi bien établie, pour l'auteur, que sa contagiosité.

Le Dr Samson, dit-il, rapporte un cas dans lequel il a trouvé, dans les fèces et dans l'urine, une quantité notable de corpuscules, assez réfringents, doués de mouvements actifs. Leurs dimensions équivalaient à celles d'un globule rouge. Ces corpuscules, inoculés à des cobayes avec le sang du malade, ont produit un phlegmon intense de la paroi abdominale, puis de la péritonite, et les corpuscules se sont retrouvés dans le sang de ces animaux. Il faudra un plus grand nombre d'observations pour établir d'une manière définitive l'existence constante de ces micro-organismes dans le noma.

Quant à la contagiosité du noma, elle paraît établie sur de nombreux faits.

A l'hôpital des Enfants de Philadelphie, sur 240 enfants, 70 furent atteints de noma. On attribue à la même cause la prédominance de cette maladie sur les côtes de la Hollande, de la Suisse et du Danemark (1).

Observations sur la fièvre typhoïde de l'enfance, faites à l'hôpital des Enfants de Bâle. — Dissertation inaugurale, *en français*, par Georges de Montmollin (de Neuchatel). (*Résumé.*)

Depuis les monographies de Rilliet (2) et de Taupin (3), les premières en date, bien des travaux relatifs à la *fièvre typhoïde chez les enfants* ont vu le jour.

Skokalski (4), Löschner (5), Friedleben (6), de 1846 à 1848, Frie-

(1) V. pour le traitement : *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1885, Guidi, p. 584.

(2) *De la fièvre typhoïde chez les enfants.* (Thèse de Paris, 1840.)

(3) *Journ. des connaissances méd.-chir.* Paris, nov. et déc. 1839 et janvier 1840.

(4) *Die Geschichte und die pathol. Anatomie des typhoesch Fieber bei den Kindern.* (*Journ. f. Kinderkrankh.*, Bd VII und VIII.)

(5) *Prager Vierteljahrschr.*, Bd IX.

(6) *Griesinger's Arch.*, 1848, Hft I.

drich (1), en 1856, et plus récemment Pfyffner (2) (pour la mortalité et l'anatomie pathologique), Gehrardt (3), Hénoch (4), Rehn (5) et Parrot (6) sont les principaux auteurs qui ont traité ce sujet.

Le travail du Dr Georges de Montmollin est basé sur 295 cas, soignés à l'hôpital des Enfants de Bâle, de 1869 à 1884 (136 garçons et 159 filles; 23 filles en plus).

La fréquence la plus forte est entre 4 et 12 ans (245 cas sur les 295).

Il n'y a pas moins de 15 malades pour les deux premières années de la vie.

La mortalité (8,8 p. 100) a été assez faible, comparée aux chiffres constatés par les auteurs.

La *durée de la fièvre*, qui est ordinairement de vingt et un jours en moyenne, a été au-dessous de la moyenne dans 70,8 p. 100 des cas. *La fièvre typhoïde chez les enfants présente donc un caractère de gravité bien moins grande que chez les adultes.*

Des tableaux donnés par l'auteur, il résulte que la durée de la fièvre, et conséquemment l'intensité de la maladie, suivent une progression ascendante jusqu'à l'âge de 10 ans, pour rester stationnaires pendant la 10e et la 11e années; la progression est descendante entre 12 et 13 ans, pour devenir définitivement ascendante.

Quant à l'*intensité de la fièvre*, les températures à l'acmé, entre 39°,5 et 40°, prédominent de beaucoup; celles au-dessus de 40° sont relativement très rares.

13 cas *abortifs* ont été observés, dans lesquels la durée totale de la maladie n'a pas dépassé dix jours, et où la chute de la fièvre s'est faite d'une manière très rapide.

Chez les 295 malades il y a eu 29 *récidives*. Un de ces 29 cas a présenté 3 récidives et deux autres 2.

Dans ce nombre, 20 appartiennent au sexe féminin et 9 seulement au sexe masculin; donc *forte prédominance des récidives chez le sexe féminin.*

---

(1) *Der Abdominaltyphus der Kinder.* Dresden, 1856.
(2) *Zum Typhus abdominalis des Kindesalters.* Basel, 1875.
(3) *Handb. der Kinderkrankh.*, Bd II.
(4) *Charité. — Annalen*, Bd II.
(5) *Das Typhoid im Kindesalter.* (*Deutsch. mediz. Zeit.*, 1884.)
(6) *Progrès méd.*, 1882, nos 24, 26, 27 et 29.

Aucun de ces cas n'a eu une issue fatale.

Par rapport aux *symptômes*, à l'exception des tout jeunes enfants, il y a presque toujours eu de la *céphalalgie*. Dans 30 cas, les symptômes nerveux ne se sont pour ainsi dire pas montrés. Dans 221 cas, il y a eu de l'*apathie* et de la *somnolence*. Dans 14 cas, il y a eu un *délire violent* et, dans des cas isolés, de la *surdité*, des *convulsions* suivies d'une issue fatale, des *hallucinations*, de la mélancolie.

Les *vomissements* ont été observés dans 101 cas. Il y a eu de la *diarrhée* chez 111 malades. Elle a été très forte dans 32 cas et accompagnée de coliques dans 70 cas ; 157 cas ont présenté un léger *météorisme*. La *sensibilité abdominale* a été constatée dans 118 cas, et le *gargouillement iléo-cæcal* dans 71 cas.

La *bronchite* a été diagnostiquée dans 166 cas (plus de la moitié des malades.)

L'*augmentation de la rate* a été démontrée dans 249 cas.

Un peu plus de la moitié des malades ont présenté de la *roséole*.

Par rapport aux *complications :*

Les *hémorrhagies intestinales* se sont présentées dans 14 cas.

De fortes *angines catarrhales* ont été observées dans 10 cas.

Des *laryngites catarrhales* se sont produites dans 7 cas.

Deux malades ont été atteints d'*endocardite* légère, et un autre de *péricardite* suivie de mort.

Une *embolie* de l'artère brachiale gauche s'est déclarée chez une petite fille de huit ans le vingt-quatrième jour. La *diathèse hémorrhagique* a amené deux fois des complications. Un de ces cas a été mortel.

Complications plus rares : les *néphrites parenchymateuses*, les *otites moyennes* (15 cas), le *décubitus*, les *furoncles* (1 anthrax à la nuque, dans un cas suivi de mort), les *abcès sous-cutanés*, les *panaris* (8 cas), les *ulcères gangreneux* de la paupière, des grandes lèvres, les *ulcérations diphthéritiques* des parties génitales chez les petites filles, l'*érisypèle* (1 fois), la *scarlatine* (3 fois), et la *rougeole* (4 fois).

Autopsies. — Sur les 26 cas mortels, l'autopsie a pu être faite 23 fois.

Parmi les résultats, ce qui frappe le plus, c'est la *fréquence des ulcérations intestinales. Deux cas seulement ne présentent ni cicatrices, ni ulcérations.*

Diététique. — Pendant la période fébrile et pendant les huit premiers jours qui suivaient, la nourriture était exclusivement liquide

(lait, bouillon, gruau). Les boissons alcooliques ont été largement prescrites (vin rouge, mélange de cognac, de jaune d'œuf et de sirop). Ce n'est qu'au huitième jour, après extinction complète de la fièvre, que des aliments demi-solides ont été permis pour arriver au douzième jour à une nourriture plus substantielle.

Thérapeutique. — Le *calomel* (de 5 décigr. à 1 gr.) a été administré à 115 malades, au commencement de l'affection.

Dans quelques cas, l'intensité de la diarrhée a nécessité l'emploi des *préparations opiacées*. Les hémorrhagies intestinales ont été combattues au moyen d'*applications de glace* sur l'abdomen et d'*astringents*. En cas de délire, outre les *bains*, on a eu recours au *chloral* et à des *applications de glace* sur la tête.

La *méthode antipyrétique* a compris l'usage des *bains* dans 199 cas, à tous les âges. On s'est rarement servi de bains vraiment froids; ceux qui ont été le plus généralement employés étaient d'une température initiale d'à peu près 24° R, puis la température était successivement abaissée jusqu'à 20 et même 18° R. Les malades séjournaient environ dix minutes dans le bain, et ceux-ci étaient répétés aussi souvent que le thermomètre, placé dans l'aisselle, marquait une température au-dessus de 39°,5. Il est bien entendu qu'en cas d'hémorrhagies intestinales, de perforations ou de paralysie du cœur menaçantes, les bains étaient suspendus.

Le *sulfate de quinine* a été employé dans 97 cas, soit seul, soit, le plus souvent, *combiné avec le salicylate de soude et les bains.*

On donnait dans la matinée une dose moyenne de sulfate de quinine; puis, si la température restait élevée, ou si, après s'être abaissée, elle remontait de nouveau, on faisait prendre dans la soirée une dose plus ou moins forte de salicylate de soude.

Hagenbach, dans un travail spécial (1), a réglé l'emploi de la quinine pour l'enfance, de la manière suivante ; de 1 à 5 ans, 7 décigrammes; de 6 à 10 ans, 1 gramme; de 11 à 15 ans, 1 à 2 grammes. A l'hôpital des enfants de Bâle, la dose est divisée en deux parties prises à une heure d'intervalle.

Le *salicylate de soude* a suffi souvent pour abaisser la fièvre; dans d'autres cas, il a été donné concurremment avec le sulfate de quinine.

---

(1) *Ueber die Anwend. der Chinine in der fieberhaften Krankheit des Kind. Alter.* (*Jahrb. f. Kinderh.*, N. F. V, 181.)

Les doses à administrer, suivant les différents âges, se répartissent comme il suit, d'après Hagenbach :

Au-dessous de 1 an, 1 gramme ; de 1 à 2 ans, 1,5 à 2 grammes ; de 3 à 5 ans, 2,5 à 3 grammes ; de 6 à 10 ans, 3,5 à 4 grammes ; de 11 à 15 ans, 4 grammes à 5 gr. 5.

Ces doses ont été données en deux ou trois fois.

L'*antipyrine* a maintenant remplacé à Bâle les autres moyens antipyrétiques, et ce médicament a une action considérable.

Hot Water Bath in Resuscitating stil-born Infants (Emploi du bain chaud pour ressusciter les enfants mort-nés), par le Dr V.-G. Gamrekeloff (de Tiflis), d'après *The Lond. Med. Record*, 15 déc. 1885.

Le Dr Gamrekeloff, à la suite de la lecture d'un article du Dr Nikolsky, sur la méthode de Le Bon (*Lond. med. Rec.*, june, p. 258), a eu l'idée d'employer le bain d'eau chaude, dans un cas de sa pratique, après avoir essayé en vain tous les autres moyens de rappeler à la vie une petite fille venue au monde dans un état de mort apparente. Après deux courtes immersions, la petite fille a ouvert les yeux et agité ses membres. Après une troisième immersion, elle a fait une inspiration et a poussé un cri. L'immersion ayant été ensuite répétée un certain nombre de fois, la respiration de la petite fille s'est régularisée. Le Dr M.-K. Golbeck (de Tiflis) a employé avec succès ce même moyen en faveur d'un adulte qui s'était noyé.

Dr Pierre-J. Mercier.

II. — Ouvrages reçus.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Dell' opera del Roger sulle Malattie dell' infanzia (*De l'œuvre de Roger sur lesmaladies de l'enfance*), par le prof. M.-R. Levi. (*Sperimentale*, mars et avril 1885.)

Risultati di cure operative per ginocchio valgo (*Résultats de la cure opératoire du genu valgum*), par le Dr Pietro Pauzeri. Naples, 1884.

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

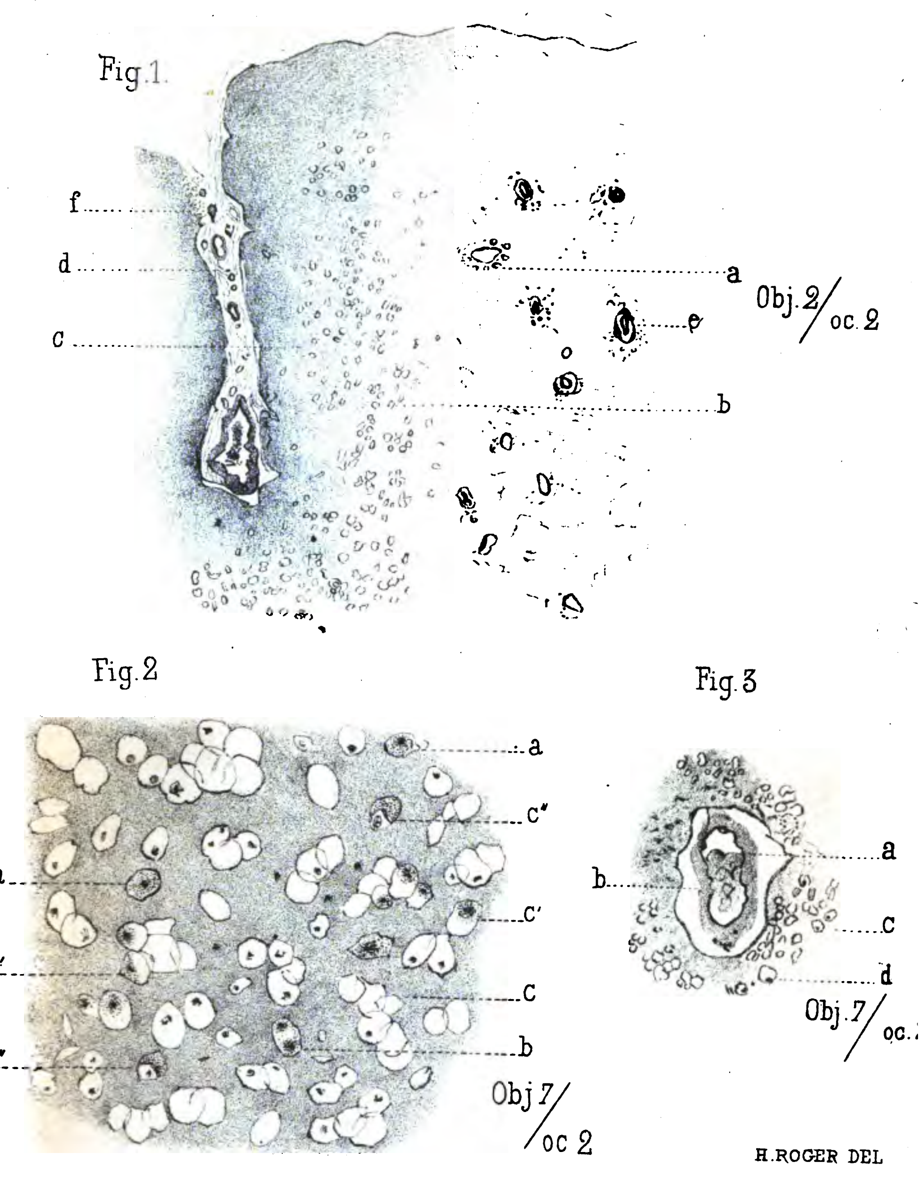


Fig. 1. — Coupe d'ensemble faisant voir les trois zones de la tumeur (obj. 2 — oc. 2 — Vericx)

a. — Zone centrale, caséeuse.
b. — Zone moyenne, dont les cellules sont devenues vésiculeuses.
c. — Zone périphérique fibreuse
d. — Pie-mère.
e. — Vaisseau de la zone caséeuse examiné à un plus fort grossissement dans la fig. 3.
f. — Vaisseau de la pie-mère oblitéré et entouré d'une zone granulo graisseuse se prolongeant dans la substance cérébrale.

Fig. 2. — Un point de la zone moyenne

a. — Cellules de la névroglie, présentant un protoplasma granuleux et un noyau.
b. — Cellules à deux noyaux.
c. c'. c" — Cellules vésiculeuses. les unes sans noyau (c) d'autres avec noyau (c'), d'autres enfin avec un reste de protoplasma (c")

Fig. 3. — Vaisseau représenté en e dans la fig. 1. (obj. 7 — oc. 2. — (Vericx)

a. — Membrane élastique interne
b. — Espace périvasculaire, très-élargi.
c — Cellules de la névroglie. extrêmement atrophiées et vésiculeuses, quelques-unes présentent encore un noyau (d)

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Février 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA VALEUR DE L'ANTIPYRINE
SPÉCIALEMENT APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILE.

Par le Dr Laure,
Agrégé de la Faculté de Lyon,
Médecin de la Charité.

A. — Résumé des observations.

Il est difficile d'aborder l'étude de l'antipyrine sans s'exposer à reproduire ce que l'on en sait déjà par l'excellente monographie d'Arduin. C'est pourquoi nous n'aurions jamais songé à publier ces quelques observations de contrôle, si la récente discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine ne nous eût suggéré l'idée de fournir des arguments à ceux qui pensent comme nous que l'antipyrine ne doit pas être bannie de la thérapeutique, et surtout de la thérapeutique infantile.

Dans notre service, exclusivement composé d'enfants de 2

à 15 ans, nous avons administré l'antipyrine à 15 malades. ainsi répartis :

Fièvre typhoïde...........................	7
Tuberculose miliaire généralisée..............	2
Rhumatisme articulaire aigu.................	1
Scarlatine grave compliquée de diphthérie......	1
Pneumonie franche..........................	1
Tuberculose chronique pulmonaire...........	3

1° C'est sur l'hyperthermie des typhiques que nous avons tenté pour la première fois d'étudier la nature de cette médication. Tout d'abord, le succès a dépassé nos espérances, nous abaissions la température, en quelque sorte, à volonté ; le médicament était facilement accepté, très bien toléré par l'estomac, et la plupart du temps l'hypothermie coïncidait avec une amélioration notable de l'état général. Sous l'influence des premières doses, nous avons vu l'appétit renaître, l'intelligence revenir, et plusieurs fois cette amélioration, si immédiate, nous a reporté à la transformation subite dont on est quelquefois témoin après l'administration du premier bain froid (1). Nos cinq premiers malades guérirent sans complication. Malheureusement, la 6e observation fut moins heureuse ; il s'agissait d'une dothiénentérie à forme méningitique prise pour une granulie ; l'inefficacité de l'antipyrine nous avait confirmé dans cette erreur de diagnostic, qui fut reconnue à l'autopsie de la façon la plus évidente.

En cherchant à tirer profit de cet insuccès, on serait tout d'abord tenté de le mettre sur le compte de la complication cérébrale et d'en faire une contre-indication de l'antipyrine. Nous relevons, à l'encontre de cette hypothèse, un fait absolument inverse : un de nos petits malades, atteint d'hémiplégie spasmodique, contracte la fièvre typhoïde dans le service ; il est exclusivement traité par l'antipyrine et guérit malgré son affection cérébrale.

(1) Voir les tracés, fig. I, II, III, IV et V.

2° *Rhumatisme articulaire aigu.* — Dans un cas de rhumatisme articulaire aigu (1), nous avons obtenu assez rapidement l'abaissement de la température et une diminution notable de la fluxion articulaire et de la douleur. Nous devons ajouter, néanmoins, que le rhumatisme a fini par se localiser dans l'articulation du genou avec une ténacité qui a nécessité l'immobilisation du membre et l'application des pointes de feu. Le malade, très indocile, est malheureusement sorti de l'hôpital, contre notre avis, avant sa complète guérison.

3° *Pneumonie.* — Nous avons administré l'antipyrine dans le cours d'une pneumonie dont la défervescence est survenue assez rapidement; mais il est difficile de faire ici la part du médicament et de la marche naturelle de la maladie (voir le tracé, fig. VII).

4° *Scarlatine grave.* — Appelé par notre confrère le Dr Myelly auprès d'une enfant de 4 ans atteinte de scarlatine grave avec surélévation de la température, diphtérie nasale, oculaire et auriculaire, nous avons essayé de combattre l'hyperthermie au moyen de l'antipyrine, sans négliger, bien entendu, le traitement topique, si important en pareille circonstance. Bien que la situation fût, en quelque sorte, désespérée, cette médication a été couronnée d'un plein succès. Nous n'avons pas la prétention d'en conclure que l'antipyrine est un spécifique de la diphtérie; néanmoins, en abaissant la température de 41° à 39°, le précieux antithermique nous a permis de gagner du temps, et nous ne saurions lui refuser sa part d'influence dans cet heureux résultat.

5° *Fièvres hectiques des tuberculeux.* — Dans trois cas de phthisie pulmonaire, nous avons pu vérifier les assertions d'Huchard et Arduin : la fièvre a été rapidement modifiée, et, à l'abaissement de la température a succédé un bien-être no-

(1) Voir le tracé, fig. VI.

table, avec augmentation des forces et de l'appétit, comme si la maladie eût été enrayée par la médication.

6° *Tuberculose généralisée aiguë.* — En présence d'une affection aussi décourageante pour le praticien, l'inefficacité des moyens employés nous autorisait à tenter l'essai d'un médicament nouveau ; c'est pourquoi nous avons prescrit l'antipyrine dans le cours de deux granulies ; hâtons-nous d'ajouter que, suivant nos prévisions, les résultats de cette tentative n'ont pas été encourageants.

L'action de l'antithermique nous a paru, dans le cours de cette affection, beaucoup plus infidèle que dans la dothiénentérie ; une seule fois, nous avons obtenu un abaissement notable ; malheureusement, dès le lendemain, la température revenait à un taux très élevé, au-dessous duquel nous n'avons réussi à l'abaisser que de quelques dixièmes, alors même que le médicament était administré sans interruption. Les urines devenaient rares, le précipité par le perchlorure très foncé, conditions que nous avons rencontrées de préférence dans les cas défavorables.

B. — Inconvénients de l'antipyrine. — Précautions à prendre.

L'antipyrine à dose médicamenteuse nous a paru exempte de tout danger, à la condition, toutefois, d'en surveiller l'emploi, le thermomètre en main, et de ne pas en faire un usage trop prolongé.

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que l'on est en présence d'un poison convulsivant, qui s'élimine parfois très lentement, et contre lequel on doit se mettre en garde, par cela même qu'il peut, à un moment donné, s'accumuler dans l'organisme et y déterminer brusquement des effets toxiques. Il nous a suffi de 60 centigrammes absorbés en trois injections sous-cutanées successives, pour tuer assez rapidement un lapin de taille moyenne, ainsi que l'a déjà fait Bouchut. Nous signalerons, parmi les phénomènes d'intolérance qui ont déjà

attiré l'attention, les sueurs profuses, qu'il est parfois difficile d'éviter, mais qui nous paraissent dépendre beaucoup plus de l'idiosyncrasie du sujet que de la dose et de la méthode suivant laquelle le médicament est formulé. D'après Huchard, on s'y exposerait davantage en prescrivant des doses massives. Cependant, de tous nos malades, celui qui a absorbé la plus *faible* quantité d'antipyrine est précisément celui qui a présenté à un plus haut degré les sueurs dont il est question. Nous en dirons autant de l'éruption morbiliforme, que nous avons notée quatre fois. La plupart du temps, les malades n'en étaient pas incommodés, tandis que chez une jeune fille, l'exanthème s'accompagnait d'un prurit tellement intense et pénible, que nous avons dû renoncer à la médication.

L'apparition de l'exanthème ne se produit pas à une époque déterminée, à partir de l'ingestion de la première dose. Nous l'avons vu survenir quelquefois tardivement, tandis que chez les petits malades du Dr Myelly, dès le troisième jour, l'érythème survint si brusquement, si généralisé, et avec des caractères si tranchés, qu'on eût dit, suivant l'expression des parents, que la rougeole venait de succéder à la scarlatine. Nous avons rarement observé les vomissements signalés par les auteurs ; presque toujours, au contraire, nous avons vu l'antipyrine très bien tolérée par l'estomac ; les malades demandaient à manger avec insistance. Deux d'entre eux se plaignirent d'ardeur à la gorge et d'une soif intense, pouvant être mise sur le compte de l'évaporation cutanée, car nous avons particulièrement noté cette sensation de soif chez les deux sujets qui ont présenté les sueurs les plus abondantes, s'accompagnant, du reste, de la roséole caractéristique.

C. — Action de l'antipyrine.

Il est maintenant hors de doute que la plupart du temps l'antipyrine abaisse notablement la température, de 1, 2, et même 3 degrés centigrades. Chez un de nos petits malades, le thermomètre marquait 40°,8 au moment de la visite, et le

lendemain matin à la même heure, il était descendu à 36°,4, le sujet ayant absorbé 4 grammes d'antipyrine par portions de 50 centigrammes toutes les trois heures, ce qui équivaut à un abaissement de 4,2 pour vingt-quatre heures. C'est, du reste, l'abaissement maximum que nous ayions obtenu.

L'action du médicament est assez rapide, il n'est pas rare de noter un abaissement de 0°,7 à 0°,8 une heure après son ingestion, mais on ne saurait préciser exactement le moment de son action. D'une façon générale, la première dose est plus efficace; mon observation à cet égard concorde avec les courbes d'Huchard, on y voit en effet un écart beaucoup plus considérable pendant la première heure, qu'entre les heures suivantes. Dans certains cas plus rares, la médication paraît infidèle au début; au premier abord l'écart est insignifiant, et l'abaissement survient alors d'une façon inattendue. L'antipyrine ne nous a pas paru favoriser la diurèse, mais plutôt la diminuer, ainsi que le taux de l'urée, comme l'ont observé la plupart des auteurs et en dernier lieu Jacubowitsch, qui pour cette raison en condamne absolument l'usage (1).

La diminution de la fréquence du pouls n'est nullement proportionnée à l'abaissement de la température : chez un de nos malades nous avons compté 168 pulsations au moment où le thermomètre marquait un abaissement de 1°,5. Dans les cas favorables, et nous insistons sur ce point, nous avons vu une amélioration notable de l'état général coïncider avec l'hypothermie, amélioration que nous avons déjà comparée à cette transformation qui frappe même l'entourage à la suite des premiers bains froids.

Nous regrettons de ne pas partager l'opinion de M. Huchard au sujet des propriétés hémostatiques de l'antipyrine. Nous relevons en effet sur deux observations, l'une de dothiénentérie, l'autre de granulie, des épitaxis abondantes se reproduisant sans cesse au moment où ces deux malades

(1) Jacubowitsch. *Jarbuch für Kinderheilkunde.* Leipsig, 1885, Bd XXIII, Heft 4.

prenaient 4 grammes d'antipyrine par vingt-quatre heures.

L'antipyrine est douée d'une certaine action sur les ferments organisés ; mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance. Dans une série d'expériences que nous avons entreprises à ce sujet, au laboratoire du professeur Chauveau, avec le concours de M. Rodet, nous avons, suivant le titre de la solution employée, retardé ou complètement empêché le développement du microorganisme dans des ballons ensemencés avec des cultures de charbon. Il résulte de ces expériences, que nous ne reproduirons pas en détail, qu'il faudrait environ 20 grammes d'antipyrine pour stériliser la masse du sang en circulation chez un sujet de taille moyenne.

D. — Contre-indications.

L'albuminurie que nous avons constatée chez la plupart de nos malades ne nous a pas paru défavorablement influencée par l'antipyrine, ainsi que l'a signalé Arduin. Nous rappellerons encore les bons résultats qu'elle nous a fournis chez un typhique atteint de tuberculose cérébrale ; ce qui semble indiquer une certaine tolérance des centres nerveux pour l'antipyrine à dose médicamenteuse. En dehors des sueurs profuses qui obligent à suspendre le médicament, nous ne connaissons pas pour le moment de véritables contre-indications de l'antipyrine. Néanmoins nous hésitons à la prescrire ou à en continuer l'emploi chez les sujets qui présentent une rareté persistante des urines, cet agent thérapeutique ayant déjà une tendance à diminuer la diurèse et à ralentir les oxydations. Il faut donc compter sur une élimination insuffisante, qui prépare son accumulation dans l'organisme. L'observation directe nous a du reste fait voir que, dans les cas favorables, le perchlorure ne donne plus de réaction caractéristique, trois ou quatre jours après la cessation du remède, tandis que, chez un sujet atteint de tuberculose miliaire aiguë, nous obtenions encore la teinte Porto neuf jours après l'administration de la dernière prise.

E. — Mode d'emploi. Indications.

Envisageant au premier chef l'action antithermique du médicament, nous avons cru devoir l'utiliser en nous inspirant de la méthode de Brand. C'est ainsi que, substituant l'antipyrine au bain froid, nous l'avons administrée par doses fractionnées de 50, 25, 15 et 10 centigrammes (suivant l'âge de l'enfant) toutes les trois heures, chaque fois que la température excédait 39° centigrades.

Si les urines devenaient rares, si les sueurs profuses, la soif, l'exanthème ou quelque autre contre-indication se présentaient, le traitement était suspendu et repris après un intervalle de deux ou trois jours.

L'extrême solubilité de l'antipyrine lui permettant d'être incorporée à toute sorte d'excipient, nous l'avons employée soit en cachets Limousin, soit dans du sirop d'écorce d'orange aromatisé de rhum, ou bien encore édulcorée avec du sirop de menthe qui en masque la saveur amère.

L'usage de l'antipyrine, pour les raisons que nous avons données plus haut, ne doit pas être continué trop longtemps de suite et c'est le thermomètre en main qu'il faut en surveiller l'action. Il est préférable de l'interrompre pendant deux ou trois jours, pour en reprendre ensuite l'usage en temps opportun.

Du reste, avoir la prétention de faire évoluer une maladie cyclique entre 37° et 38°, serait demander au médicament plus qu'il ne peut donner, et s'exposer à de graves mécomptes.

« Ce n'est, dit Huchard, que lorsque la fièvre constitue non pas un élément, mais une complication de la maladie que l'heure de l'antipyrine est venue. » On ne saurait limiter avec plus de sens clinique son véritable champ d'action.

Nous sommes loin de vouloir substituer l'antipyrine au bain froid dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais en face d'une contre-indication de l'eau froide, le nouveau médicament est un pis aller qu'il ne faudrait pas dédaigner à l'occa-

sion. Un de nos malades, il est vrai, a succombé à une méningite intercurrente ; mais dans une autre série de dothiénentéries traitées à l'eau froide, un des enfants, rigoureusement baigné dès le début, succombait tardivement à une nécrose des cartilages aryténoïdes, malgré la trachéotomie. Il n'est malheureusement pas de médication infaillible.

CONCLUSIONS.

En résumé, l'antipyrine nous a donné d'excellents résultats dans la dothiénentérie, la pneumonie, le rhumatisme, la scarlatine et surtout la fièvre hectique des tuberculeux, où elle se montre très supérieure à la quinine.

D'autre part, la rapidité des mouvements thermiques dans le jeune âge est précisément une condition qui l'adapte merveilleusement à la thérapeutique infantile ; c'est pourquoi nous ne pouvons souscrire à l'opinion, peut-être prématurée, qui tend à nous priver d'un des plus précieux agents de notre médication symptomatique (1).

DILATATION DE L'ESTOMAC CHEZ L'ENFANT (2).

Par M. le Dr R. Blache

La dilatation de l'estomac, très fréquente chez l'adulte dyspeptique, est loin d'être rare chez l'enfant. J'avais déjà constaté depuis longtemps que certains enfants, après avoir présenté pendant un temps plus ou moins long des troubles digestifs et principalement des alternatives de diarrhée et de constipation, avaient souvent des digestions lentes accompagnées de régurgitations partielles et des autres symptômes de dyspepsie stomacale. Lorsque plaçant ces petits malades dans

(1) Nous avons joint à ce travail quelques-uns de nos tracés de température. Ils ont été recueillis par M. Héraut, interne du service.

(2) Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 22 décembre 1885.

le décubitus et faisant remonter les jambes afin de relâcher les parois de l'abdomen, je venais à examiner l'estomac, je le trouvais presque toujours dilaté et rempli de gaz, donnant à la percussion un son hydroaérique et parfois même du clapotement. Mon attention fut plus particulièrement attirée sur ces dilatations après la publication du mémoire de M. le professeur Bouchard lu à la Société de médecine des hôpitaux, au mois d'août 1884, et des articles de MM. Sée et Mathieu dans la *Revue de médecine;* or, si je n'ai pas retrouvé chez les enfants tous les symptômes signalés par nos savants confrères, j'ai pu vérifier un certain nombre de leurs assertions et faire quelques remarques propres à l'âge et à la constitution de mes jeunes malades que je crois intéressant de signaler ici.

La difficulté qu'on éprouve à faire l'examen méthodique de l'état de l'estomac qu'on est en droit de croire dilaté chez de très jeunes enfants, ne me permet pas de poser d'une façon absolue, l'existence de la dilatation de l'estomac chez l'enfant pendant la période d'allaitement, tandis que j'ai pu constater de nombreux cas de dilatation par percussion, par succussion et même par l'existence bien nette du clapotement chez des enfants de 3 à 10 ans.

Je tiens cependant à signaler un certain nombre de faits d'ectasie stomacale chez des enfants de 12 à 18 mois, élevés au biberon ; et j'ai d'ailleurs pu faire la même remarque chez des enfants élevés au sein ayant présenté plus ou moins de diarrhée et de ces gastro-entérites sub-chroniques, le plus souvent dues à l'irrégularité ou à l'exagération dans l'alimentation. Je ne saurais trop insister à ce propos sur les inconvénients graves et que j'ai de tout temps signalés à laisser les enfants se gorger de lait et surtout à ne pas régulariser les tetées toutes les deux ou trois heures pour permettre à l'estomac de se reposer entre chaque tetée. L'imprévoyance des nourrices et l'excessive voracité de certains enfants sont parfois des causes prédisposantes à la dilatation ultérieure de l'estomac.

Il est évident que la dilatation stomacale n'est pas une ma-

ladie, mais une conséquence d'un état morbide préexistant et coexistant toujours avec une maladie soit locale, soit générale : or, comme l'a fort bien dit M. Bouchard, l'individu atteint de dilatation de l'estomac peut n'être pas encore dyspeptique, il est rare qu'il ne soit pas déjà malade. Pour tous les enfants chez lesquels j'ai pu constater la dilatation stomacale, un état de maladie préexistait toujours et le plus souvent il s'agissait d'une gastro-entérite. M. le Dr Moncorvo, professeur de clinique des maladies d'enfants, à Rio-Janeiro, a publié le premier, il y a trois ans, un intéressant mémoire sur cette question, et il signale, en outre des mauvaises conditions hygiéniques pouvant contribuer à la production de la dilatation du ventricule de l'estomac chez l'enfant, d'abord la syphilis héréditaire et ensuite l'intoxication palustre. Pour moi, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer dans mes observations de dilatation ni d'enfant syphilitique, ni d'enfant atteint de cachexie paludéenne ; sur les nombreux enfants qu'il m'a été donné d'examiner, il ne s'est rencontré que des enfants ayant présenté pendant un temps plus ou moins long des troubles de la digestion, surtout des entérites chroniques ; un enfant était convalescent de fièvre typhoïde, un autre atteint de phthisie généralisée avec prédominance abdominale, enfin de nombreux enfants dyspeptiques dont quelques-uns avaient présenté des terreurs nocturnes.

Sans entrer dans tous les détails de la pathogénie et dans l'examen des causes prochaines de ces dilatations, je tiens à signaler l'extrême fréquence du ballonnement du ventre chez les enfants atteints d'entérite; cette tympanite abdominale, qui est à peu près la règle dans la diarrhée, coïncide d'abord avec la présence de gaz abondants dans l'estomac dès qu'il s'agit d'une gastro-entérite; pour peu que la gastro-entérite ne cède pas rapidement, les gaz de l'estomac persistent et maintiennent ses parois distendues : sous l'influence nocive de la maladie préexistente locale ou générale, on ne tarde pas à voir les fibres musculaires de l'estomac déjà débiles par l'âge même des sujets, perdre d'abord leur élasticité, puis on observe cet état de relâ-

chement, qui dès lors va devenir permanent et constituer la dilatation stomacale. Il est bien entendu que je ne fais ici qu'esquisser le tableau pour bien faire comprendre l'analogie que je tiens à signaler entre la fréquence de la tympanite abdominale et la dilatation de l'estomac chez l'enfant.

« Les fermentations, dit M. Bouchard, qui se développent « deux ou trois heures après le repas dans la masse alimen« taire incomplètement digérée et qui provoquent le ballonne« ment, les éructations, souvent l'acidité et la douleur, ne se « limitent pas à l'estomac; elles s'étendent à l'intestin. » Je me permettrai de retourner ici l'argument pour ce qui se passe chez l'enfant atteint de catarrhe intestinal chronique : après la persistance de la diarrhée, le ballonnement du ventre est presque constant et, sous l'influence de la gastro-entérite la dilatation stomacale ne tarde pas à se produire. « Les ma« tières, ajoute M. Bouchard, restent pâteuses, mollasses, « puantes, et malgré leur peu de consistance cheminent lente« ment dans l'intestin qui semble rester inerte. » Cette inaction due à la distention de l'intestin ne se retrouve-t-elle pas dans l'entérite chronique des enfants? Qu'il me soit permis à ce propos d'insister sur ce qui se passe dans cette maladie si fréquente au jeune âge et que j'ai pu considérer comme la cause la plus fréquente des dilatations gastriques qu'il m'a été donné d'observer. Les garde-robes d'un enfant pendant la période d'allaitement doivent présenter l'apparence d'une pâte molle homogène, de couleur jaune d'œuf, avec une odeur très légèrement acide ; dès que l'entérite se produit, le nombre et la quantité des déjections s'augmente, les selles sont simplement aqueuses ou contiennent des débris d'aliments indigérés; chez les enfants élevés au biberon digérant mal, les selles sont tantôt compactes, tantôt présentent des amas de lait caillé ou bien liquides d'un jaune clair, et sortant en jet par le rectum, accompagnées de gaz plus ou moins nombreux. Parfois ces selles liquides ou séreuses sont à peu près inodores, plus souvent fétides et j'ajouterai même que bien souvent la fétidité des selles précède la diarrhée. Si on a le soin de recueillir ces

déjections et qu'après les avoir mises dans un verre à expérience on les laisse reposer, on les voit se séparer en deux couches, l'une supérieure, assez transparente, et l'autre inférieure, plus épaisse, formée de grumeaux où l'on retrouve, en outre du lait caillé, des restes d'aliments indigérés, et des cellules d'épithélium cylindrique plus ou moins déformées provenant de la desquamation de l'intestin.

Mais c'est surtout une coloration verte des selles, qui peut se comparer à des épinards hachés que l'on rencontre chez les jeunes enfants atteints d'entérite ; cette coloration est due à la transformation de la matière colorante brune de la bile en biliverdine par les acides. Cette transformation se fait soit dans l'intestin, soit même à l'air par suite de leur mélange avec les urines; mais elle se prépare dans l'estomac dont l'activité se trouve retardée par la présence des gaz, car avant même que la diarrhée se soit établie, la fermentation acide s'est déjà décelée par la production de gaz intestinaux, puis par les vomissements. On voit souvent, même chez l'enfant nourri au sein, qui a présenté des troubles légers de gastro-entérite, des selles entièrement jaunes au moment où elles sont rendues, se colorer peu à peu en vert après avoir été exposées à l'air pendant une heure ou deux. Il n'est pas inutile d'attacher de l'importance à ces phénomènes, qui suffisent parfois pour indiquer soit une mauvaise appropriation du lait d'une nourrice à un enfant, soit un écart de régime chez cette nourrice qu'il importe de surveiller. Enfin c'est à une période plus avancée du catarrhe gastro-intestinal qu'on rencontre des selles muqueuses ou glaireuses, qui contiennent, en outre des éléments sus-mentionnés, de notables proportions de mucus ressemblant à des crachats ou à du mucus nasal : on y trouve parfois des filets de sang comme au début des dysenteries. D'ailleurs c'est principalement chez les enfants élevés au biberon ou chez ceux dont le développement se fait mal, que l'on trouve, même avant les troubles intestinaux, des selles décolorées avec l'aspect argileux ; neuf fois sur dix, quand un enfant présente ces selles, on constate le

ballonnement du ventre et la gastro-entérite n'est pas éloignée.

Si j'ai cru devoir m'étendre un peu sur les phénomènes présentés par les petits malades en question, c'est que j'y retrouve la genèse méthodique de la dilatation stomacale qui s'effectue soit en même temps, soit peu de temps après l'apparition des troubles de l'intestin; la dilatation de l'estomac n'est plus qu'un épiphénomène, une conséquence de la gastro-entérite qui, par son importance ou sa durée, permet à ce symptôme, qui au début n'avait été que mécanique et passager, de passer peu à peu à un état permanent, contre lequel l'élasticité des fibres musculaires de l'estomac est désormais incapable de lutter. Il est indiscutable pour moi, après les faits qu'il m'a été donné de contrôler, que la longue durée de certaines gastro-entérites quelle qu'en soit l'origine, a préparé le terrain sur lequel j'ai pu constater la dilatation de l'estomac chez l'enfant, en engendrant l'atonie et le relâchement des fibres musculaires lisses des parois de l'estomac, au même titre que M. Moncorvo avait trouvé la dilatation chez les syphilitiques ou les malariques héréditaires.

Maintenant, après avoir parlé des conditions dans lesquelles se produit la dilatation chez l'enfant et avoir surtout envisagé les conditions dans lesquelles on peut la rencontrer, il importe de rechercher à quels symptômes on peut reconnaître cet état pathologique. Il est d'abord établi que l'enfant atteint de dilatation stomacale est malade depuis plus ou moins longtemps et que son état général fort défectueux par un état local ou diathésique a produit une émaciation assez prononcée.

Comme je n'ai trouvé la dilatation stomacale qu'à la suite de gastro-entérites chroniques, je signale le ballonnement du ventre comme de règle, mais souvent la proéminence du ventre n'est pas assez marquée pour masquer la saillie que forme l'estomac sous le rebord costal du côté gauche, au point de relever cette partie des fausses côtes et d'entraîner comme conséquence la dépression de leur jonction osseuse, comme

chez les petits rachitiques. A la percussion on constate une sonorité tympanique remontant parfois assez haut et dans certains cas un son hydro-aérique qui se confond avec la sonorité de l'intestin également dilaté. La difficulté qu'on éprouve à constater le signe du clapotage est d'ailleurs compensée par la facilité à percevoir un son hydro-aérique par l'auscultation et la succussion. Quoi qu'il en soit, tous ces signes physiques, dont je ne veux pas exalter la valeur lorsqu'ils sont pris isolément, n'en sont pas moins importants lorsqu'on les rencontre et qu'on peut les grouper, mais surtout constater la persistance et la durée d'un ou plusieurs de ces symptômes précédés de la gastro-entérite chronique.

Chez tous les malades observés par moi, les mauvaises conditions alimentaires étaient de règle : trop de nourriture ou nourriture impropre ; l'excès de nourriture n'était souvent que le résultat d'une voracité toute particulière à l'individu et dont on rencontre parfois des exemples même pendant l'enfance ; ces types de gros mangeurs insatiables conservent l'élasticité et la tonicité de l'estomac tant que l'état général est satisfaisant; vienne la maladie, si l'habitude de la voracité persiste, là s'ouvre la porte à la possibilité de la dilatation stomacale.

Parmi les conséquences de la dilatation chez l'enfant, je n'insisterai pas sur les troubles de nutrition qui sont causes et effets ni sur les mauvaises conditions de vitalité et de fonctionnement des annexes du tube digestif; mais je veux signaler deux points propres aux enfants qu'il m'a été donné d'observer.

De ces deux conséquences de la dilatation de l'estomac, l'une regarde les organes cardio-pulmonaires, l'autre le système nerveux. Chez un certain nombre d'enfants atteints de dilatation, j'ai pu constater des palpitations cardiaques et parfois même de la dyspnée par refoulement du cœur et du poumon soulevés par l'ectasie de l'estomac, et dans trois cas j'ai pu constater de ces terreurs nocturnes si fréquentes dans le

jeune âge. L'interprétation de ces faits est trop simple pour nécessiter de plus longs commentaires.

En résumé, la dilatation stomacale chez l'enfant reconnaît surtout pour cause les fréquentes gastro-entérites qu'on observe à cet âge; la persistance de ces maladies dont l'alimentation prématurée et irrégulière, la dentition, le sevrage et la mauvaise hygiène pendant les premières années sont le plus souvent l'origine; et si cette dilatation de l'estomac trouve dans le mauvais état général, dans la faible résistance de certains sujets un terrain préparé à son installation, un régime sévère dans l'alimentation et longtemps observé, un traitement tonique et réparateur peuvent, au moment de la croissance de l'enfant, modifier suffisamment l'état des voies digestives pour en obtenir la guérison plus facilement peut-être que chez l'adulte.

DE LA REVACCINATION DES JEUNES SUJETS ET EN PARTICULIER DES COLLÉGIENS, COMPARÉE A CELLE DES ADULTES. — INFLUENCES DIVERSES QUI PEUVENT EN MODIFIER LES RÉSULTATS (1).

Par le Dr Jules Besnier.

(Suite et fin) (2).

Quant aux faits signalés dernièrement à l'Académie de médecine par M. Hervieux (3), où il est question de 63 0/0 de succès, obtenus chez des sapeurs-pompiers, c'est-à-dire chez des sujets adultes et anciens soldats, ils ne sauraient être comparés à ceux que nous avons en vue; car cet observateur a compris dans les succès, non seulement les pustules vacci-

(1) Travail récompensé par l'Académie de médecine (séance du 15 décembre 1885).

(2) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1886.

(3) Académie de médecine (séance du 16 septembre 1884).

nales classiques, mais encore des pustules incomplètes, ne présentant pas tous les caractères objectifs de la vaccine, et dont nous avons fait un ordre à part.

Il y a donc lieu de penser, que, dans leur ensemble, les faits que nous avons observés, ne sont pas accidentels, mais bien l'expression d'une loi générale. D'après ces faits, au point

Courbe des succès obtenus chez des sujets vaccinés à la naissance & revaccinés pour la première fois et âgés de 7 ans à 50 ans.

Moyennes des succès pour 100 sujets revaccinés à chaque âge.
Seconde Enfance.
Enfants âgés de 7 à 7 ans
Collégiens.
Minimes, 7 à 11 ans.
Petits, 11 à 14 ans.
Adolescence.
Collégiens
Moyens, 14 à 16 ans.
Grands, 16 à 20 ans.
Soldats.
Nlles Recrues.
Age Adulte.
Soldats.
Anciens Soldats.
Adultes Civils.
20 à 25 ans.
25 à 30 ans.
30 à 40 ans.
40 à 50 ans.
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
?

de vue de l'influence de l'âge sur les résultats des revaccinations, il y a des différences importantes à noter entre les jeunes sujets et les adultes ; nous les résumerons ainsi :

Etant donné qu'il s'agit de sujets revaccinés pour la première fois : dans l'enfance et dans l'adolescence, les succès obtenus

augmentent rapidement avec l'âge et atteignent ainsi un chiffre relativement élevé dans l'adolescence; dans l'âge adulte, ils s'abaissent tout d'abord au-dessous du chiffre fourni par les adolescents, et ils ne s'élèvent plus avec les années que d'une manière lente et peu sensible.

Le tracé ci-joint, qui n'est que la traduction graphique du tableau des revaccinations que nous analysons, montre bien les différences que nous venons de mettre en relief. Nous y avons intercalé les moyennes des succès obtenus par le Dr Salles chez les nouvelles recrues et chez les anciens soldats, et auxquelles nous avons fait allusion.

Au point de vue pratique, il suit de ce qui précède que, non seulement la revaccination est indiquée chez les collégiens, mais encore qu'elle l'est pour ainsi dire plus que chez tous les autres sujets.

Aussi y a-t-il lieu de s'étonner que la mise en pratique de cette mesure dans les lycées et les collèges ait pu soulever quelques protestations, comme portant atteinte à la liberté des pères de familles. Dans un rapport sur ce sujet, M. Dumontpallier, s'appuyant sur les résultats obtenus dans ces établissements par différents observateurs et par lui-même au lycée Louis-le-Grand, n'a pas eu de peine à établir qu'elle était utile, nécessaire et, partant, qu'elle devait être obligatoire (1).

En faveur de cette manière de voir, les faits que nous avons recueillis à Rollin se joignent à ceux de M. Dumontpallier; mais nous pouvons fournir une preuve de plus, une preuve tirée des circonstances particulières dans lesquelles nous avons dû pratiquer notre première revaccination dans ce collège, et que les protestations dont il vient d'être question nous engagent à relater ici.

C'était au mois de juin 1875; à cette époque, quelques cas

---

(1) Dumontpallier. *Rapport sur la revaccination obligatoire dans les lycées et collèges.* (Société médicale des hôpitaux, séance du 11 octobre 1884, in *Union médicale*, 16 octobre 1884, p. 94.)

de variole, plus nombreux que d'habitude, s'étaient montrés sur différents points de Paris, sans qu'il y eût néanmoins une véritable épidémie.

Le 8 de ce mois, la supérieure des sœurs de l'infirmerie présentait tous les signes de la maladie à son début; et une enquête, faite séance tenante, nous apprenait que plusieurs cas de variole existaient dans la rue Lhomond, où était alors le collège Rollin ; que, notamment, il y en avait deux dans une maison située en face de l'entrée du collège, au-dessus de laquelle était la chambre de la supérieure ; et qu'enfin celle-ci, en raison de la chaleur qu'il faisait à cette époque de l'année, laissait sa fenêtre ouverte toute la journée. Un foyer épidémique se trouvait donc en face de Rollin, et il y avait tout lieu de penser que c'était par la fenêtre même de la malade que la variole était venue l'atteindre chez elle, car, d'une santé délicate et âgée, elle ne sortait jamais du collège et ne recevait personne du dehors. Dans ces conditions urgentes, une revaccination générale et en masse, portant non seulement sur les élèves, mais encore sur tout le personnel de Rollin, fut décidée d'autorité, et pratiquée en quelques jours à l'aide du vaccin d'enfant. Dans cet intervalle, la malade succombait à une variole confluente et hémorrhagique. Mais aucun autre cas ne se montra au collège, pas plus parmi le personnel que parmi les élèves. Par contre, ainsi que nous l'apprîmes plus tard, la maladie ne tardait pas à faire son apparition dans un ouvroir de jeunes filles situé également rue Lhomond, et y atteignait six d'entre elles, sur une trentaine qui le fréquentaient, et l'une des malades même succomba. Ainsi à Rollin, où la revaccination avait été immédiatement pratiquée, la variole s'arrêtait pour ainsi dire au seuil du collège ; et, à côté, sur une population du même âge que celle de Rollin et dans les mêmes conditions, mais qui n'avait pas été revaccinée, elle multipliait ses coups. De tels faits se passent de commentaire.

Pour ne rien omettre de ce qui touche à la revaccination des collégiens, nous ajouterons que nous n'avons jamais ob-

servé d'accidents sérieux, à la suite des nombreuses revaccinations que nous avons pratiquées à Rollin, quelle que soit, du reste, l'espèce de vaccin qui ait été employée.

En 1875 seulement, en plein été, nous avons eu deux cas de roséole ou de rash vaccinal, qui ont disparu en quarante-huit heures. Et, pour chacune des autres séries, c'est à peine si trois ou quatre élèves sont venus se plaindre à la consultation du matin d'un peu de gonflement douloureux des bras et d'adénites axillaires, occasionnés par des grattages exagérés, et qui ne tardaient pas à disparaître sans traitement. Comme précautions générales, nous nous bornons à faire suspendre les exercices gymnastiques, l'équitation et l'escrime pendant une douzaine de jours chez les sujets qui ont été soumis à la revaccination.

III.

Nous venons de voir que les adolescents, vaccinés à la naissance et revaccinés pour la première fois, présentent une aptitude toute particulière à reprendre la vaccine, et qui contraste, pour ainsi dire, avec leur âge encore peu avancé. A quoi peut-on attribuer cette réceptivité vaccinale si remarquable ?

Ici, comme toujours, lorsqu'il s'agit de revaccinations, il faut tenir compte, ainsi que l'a fait remarquer M. Blot, non seulement de l'influence de l'âge ou du temps écoulé depuis la vaccination de naissance, mais encore de celle du terrain ou des conditions inhérentes aux sujets eux-mêmes. Les faits que nous avons cités montrent bien que chacun de ces deux ordres d'influence a son rôle dans la circonstance. La première est dénotée par l'augmentation graduelle et rapide des succès de 7 à 20 ans, sur laquelle nous n'avons pas besoin de revenir. La seconde ressort de ce fait que le chiffre des succès, après s'être élevé jusqu'à 20 ans, et même 21 ou 22 ans pour les nouvelles recrues, s'abaisse au delà pour ne se relever ensuite que d'une manière lente et peu sensible de 20 à 40 et 50 ans. En effet, si, dans l'âge adulte, les conditions de ter-

rain ne devenaient pas moins favorables à la réapparition de la réceptivité vaccinale, les succès iraient en augmentant de plus en plus, ce qui, comme nous l'avons vu, n'a pas lieu, du moins d'après les faits que nous avons cités. On peut même inférer de la lenteur avec laquelle se fait l'élévation des succès avec les années au delà de 20 ans, comparée à sa rapidité chez les jeunes sujets, que chez ces derniers l'influence des conditions de terrain l'emporte sur celle du temps écoulé depuis la vaccination et joue un rôle prépondérant.

Quant à définir en quoi consistent les conditions de terrain qui favorisent la réceptivité vaccinale chez les adolescents, ainsi d'ailleurs que celles qui peuvent modifier cette aptitude dans un sens ou dans l'autre aux différentes périodes de la vie, c'est là un côté de la question qui échappe pour ainsi dire à l'analyse. Cependant, en raison de son importance, on nous permettra de faire quelques remarques à ce sujet et de citer quelques faits qui s'y rattachent.

Tout d'abord, on peut admettre que chez les adolescents la réceptivité vaccinale est favorisée par la période de croissance qu'ils traversent, et qui entraîne chez eux des transformations profondes dans toute l'économie; transformations qui font défaut chez les adultes, alors que, la croissance étant achevée, les échanges moléculaires ne sont plus les mêmes. Chez les collégiens, la vie de collège avec le régime et l'hygiène qu'elle comporte, et même le travail intellectuel, auquel ils sont soumis et qui est d'autant plus assidu qu'ils sont plus âgés, agissent sans doute dans le même sens. Il est à remarquer que chez les nouvelles recrues, qui fournissent également un chiffre élevé de succès, on trouve aussi des conditions de terrain particulières, qu'on ne rencontre pas chez les anciens soldats, et dont quelques-unes ne sont pas sans analogie avec celles des collégiens. La plupart, en effet, n'ont pas encore atteint leur entier développement et sont ainsi en état de croissance ; de plus, ils ont à s'acclimater à la vie de caserne et à se livrer à des exercices plus ou moins fatigants auxquels ils ne sont pas habitués.

Les conditions dont nous venons de parler se trouvent, il est vrai, chez tous les collégiens, aussi bien chez les enfants de 7 à 14 ans que chez les adolescents de 15 à 20 ans ; et cependant nous avons vu que les premiers fournissent un chiffre de succès sensiblement moins élevé que les seconds. Mais il y a lieu d'attribuer ce fait à l'âge peu avancé des enfants, l'immunité vaccinale, qui leur a été conférée par la vaccination de naissance, annihilant alors chez la plupart d'entre eux la réceptivité, que les conditions en question détermineraient par elles-mêmes. Ainsi, tandis que ce sont des conditions de terrain favorables qui manquent aux adultes, pour déterminer chez eux une élévation marquée des succès, ici, chez les enfants, c'est l'influence de l'âge ou du temps écoulé depuis la vaccination qui fait défaut. Au contraire, chez les adolescents, ces deux ordres d'influences se trouvent réunis et contribuent au même but, à savoir à cette élévation du chiffre des succès.

Mais ce sont là des conditions générales, communes à tous les sujets de la même catégorie ; et si on peut les invoquer lorsqu'on compare les collégiens aux adultes, pris dans leur ensemble, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de sujets de même âge, soumis au même régime, à la même hygiène et dont les uns fournissent des succès et les autres des insuccès. Ces différences dans les résultats ne peuvent tenir alors qu'à des influences d'un autre genre et particulières à chaque sujet. Nous nous sommes demandé si, parmi ces dernières, il ne fallait pas prendre en considération les antécédents morbides individuels.

Nos recherches à ce point de vue n'ont porté que sur une partie des collégiens que nous avons revaccinés, sur la série de 1875 ; il en est de même pour les adultes. Et nous devons dire que, de part et d'autre, les renseignements que nous avons pu obtenir sont loin d'être complets et précis. Malgré ces désidérata, nous citerons ici, à titre de documents, les faits que nous avons recueillis. En voici le résumé :

A. — 111 collégiens de 7 à 20 ans, qui, dans leur ensemble, nous ont donné : 39 succès, 35 fausses vaccines, 37 insuccès, soit 35 0/0 de succès, se décomposent ainsi :

Bien portants : 72, avec 27 succès, 26 fausses vaccines, 19 insuccès, soit : 30 p. 100 de succès.

Malades : 25, avec 9 succès, 5 fausses vaccines, 11 insuccès, soit : 36 p. 100 de succès.

Cas de petite vérole : 14, avec 3 succès, 3 fausses vaccines, 8 insuccès, soit : 21 p. 100 de succès.

Les 14 cas de petite vérole dont il est question doivent être mis à part, car il nous a été impossible de savoir s'il s'agissait de varicelle ou de varioloïde, ces deux maladies n'étant pas toujours faciles à distinguer l'une de l'autre, surtout dans le jeune âge, pour le médecin, et à plus forte raison pour le sujet atteint.

Quant au groupe des malades, nous n'y avons fait rentrer que les sujets qui accusaient avoir eu antérieurement quelque maladie plus ou moins grave, et sur la nature de laquelle ils pouvaient se prononcer, les autres rentrant dans les bien portants. Comme maladies, nous avons noté :

6 cas de fièvre typhoïde, aves 4 succès, 2 insuccès.

9 cas de rougeole, avec 3 succès, 4 fausses vaccines, 2 insuccès.

2 cas de scarlatine, avec 2 insuccès.

3 cas de rougeole et de scarlatine, avec 1 succès, 2 insuccès.

5 cas d'éruptions passagères (miliaire, varicelle), avec 1 succès, 2 fausses vaccines, 2 insuccès.

Nous ferons remarquer, qu'en ne parlant ici que des fièvres typhoïdes et des fièvres éruptives, nous avons négligé toute une série d'autres maladies, auxquelles les collégiens sont sujets, telles que les grippes, les angines, les bronchites, etc., et dont il eût été intéressant de tenir compte, en raison des troubles plus ou moins profonds que ces maladies entraînent parfois. Mais on conçoit que, faute de renseignements, nous n'ayons pu le faire.

B. — 74 sujets adultes, qui, dans leur ensemble, nous ont

donné 26 succès, 23 fausses varioles, 25 insuccès, soit 35 0/0 de succès (1), se décomposent ainsi :

Bien portants : 51, avec 17 succès, 19 fausses vaccines, 15 insuccès, soit : 33 p. 100 de succès.

Malades : 23, avec 9 succès, 7 fausses vaccines, 7 insuccès, soit : 39 p. 100 de succès.

Dans ce groupe nous n'avons compris parmi les malades que ceux qui avaient eu depuis peu de temps une maladie aiguë de quelque importance, ou qui étaient atteints de maladies chroniques.

Comme maladies aiguës, nous avons :

1 cas de fièvre typhoïde datant de trois mois, avec 1 succès.

6 cas de bronchite fébrile, d'angine ou de grippe, récents et suivis de convalescence pénible, et constituant ainsi des maladies générales atténuées, et qui ont donné 4 succès, 2 fausses vaccines.

1 cas de suites de couches régulières datant de six semaines, et qui a donné 1 succès.

Comme maladies chroniques, nous avons :

1 cas de grossesse, avec 1 succès.

2 cas de pelvi-péritonite ancienne, avec 2 insuccès.

3 cas de bronchite chronique suspecte, avec 1 fausse vaccine, 2 insuccès.

5 cas de chloro-anémie prononcée, avec 1 succès, 2 fausses vaccines, 2 insuccès.

4 cas de maladies diverses (mal de Pott, blennorrhée, diabète, albuminurie chronique), avec 2 succès, 2 insuccès.

Dans les faits que nous venons de citer, nous signalerons tout d'abord la concordance des résultats obtenus dans les deux groupes de sujets que nous opposons ; qu'il s'agisse en effet des collégiens ou des adultes, les malades ont fourni plus de succès que les bien portants. De plus, chez les premiers, il

---

(1) Si la proportion des succès est ici la même que celle des collégiens, cela tient à ce que nous avons compris dans ces derniers non seulement les adolescents, mais encore les enfants âgés de 7 à 14 ans, qui, fournissant un chiffre de succès moins élevé que les adolescents, ont fait baisser la moyenne générale du groupe auquel ces derniers appartiennent.

n'est question ici que de maladies aiguës, et ces maladies, en raison du souvenir que ces sujets en avaient gardé et de leur âge, ne pouvaient être que de date assez rapprochée. De même chez les adultes, il n'y a que les maladies aiguës et plus ou moins récentes qui aient fait élever le chiffre des succès, car les maladies chroniques n'en ont fourni que 4 sur 15 revaccinations (26 0/0).

De fait, en faisant abstraction de l'âge, et en ne tenant compte que des maladies aiguës, nous avons :

D'une part :

123 sujets bien portants, qui ont donné : 44 succès, 45 fausses vaccines, 34 insuccès, soit : 35 p. 100 de succès.

Et d'autre part :

33 malades (maladies aiguës), qui ont donné : 15 succès, 7 fausses vaccines, 11 insuccès, soit : 45 p. 100 de succès.

Ce qui revient à dire que, dans le premier cas, il n'y a qu'un peu plus du tiers des sujets revaccinés qui aient donné des succès, tandis que dans le second il y en a eu près de la moitié.

Notons enfin que chez les collégiens, parmi les maladies aiguës, il y a eu 19 cas de fièvres éruptives ordinaires (rougeole, scarlatine, varicelle) qui n'ont donné que 5 succès (26 0/0). Nous en rapprocherons les 14 cas de petite vérole que nous avons mis à part, et qui n'ont donné que 3 succès (21 0/0), car il y a lieu de penser, que pour la majeure partie d'entre eux il s'agissait de cas de varicelle. Par contre, dans les deux groupes, il y a 7 cas de fièvre typhoïde qui à eux seuls ont fourni 5 succès, et 6 cas de maladies générales atténuées (grippe, angine, bronchite fébrile) qui en ont donné 4.

Il résulte de la comparaison de ces faits, que d'une part certaines maladies aiguës, de date récente et à retentissement profond sur l'économie, et notamment la fièvre typhoïde, paraissent favoriser sensiblement la réceptivité vaccinale, ou, ce qui revient au même, entraîner la perte de l'immunité

vaccinale ; et que, d'autre part, les fièvres éruptives ordinaires chez les jeunes sujets, et les maladies chroniques chez les adultes paraissent au contraire n'avoir aucun effet de ce genre ; elles seraient ainsi indifférentes à la réceptivité vaccinale.

Nous ferons remarquer en outre, à un point de vue plus général, que l'élévation du chiffre des succès que nous avons obtenus chez les adolescents, par rapport à celui des adultes, quelle qu'en soit la cause, suppose nécessairement que, pour un certain nombre de ces adolescents, la réceptivité vaccinale, dont ils ont fait preuve à ce moment de leur existence, était compatible avec un certain degré d'immunité vaccinale resté alors à l'état latent, et dont ils auraient pu bénéficier s'ils n'avaient été revaccinés que dans l'âge adulte. S'il n'en était pas ainsi en effet, nous aurions obtenu chez les adolescents et chez les adultes le même nombre de succès. Il suit de là que, sous l'influence de conditions de terrain spéciales, conditions que nous avons cherché à préciser, la réceptivité vaccinale peut être accidentelle et en quelque sorte exagérée, et de plus passagère, c'est-à-dire n'avoir qu'une durée limitée.

Nous avons hâte d'ajouter que nous ne donnons ces conclusions que sous toutes réserves, car elles ne reposent, nous sommes tout le premier à le reconnaître, que sur des faits trop peu nombreux et sur des différences trop peu sensibles. Elles demandent donc de nouvelles observations, notamment en ce qui concerne l'influence des maladies sur la réceptivité vaccinale; et je dirai des observations prises dans un milieu plus apte à fournir des renseignements plus complets et plus précis (1).

Cependant nous ne pouvons pas ne pas faire observer qu'elles

(1) Le fait serait facile à réaliser dans les hospices de convalescents, tels que ceux de Vincennes et du Vésinet, ainsi que dans l'armée, où l'on aurait toutes les données désirables sur le diagnostic et la gravité des maladies dont les sujets relèveraient, et où l'on pourrait, d'autre part, suivre régulièrement les résultats de la revaccination.

ont pour elles certaines expériences de Pasteur. Cet observateur éminent a prouvé, en effet, que pour rendre la poule et le rat aptes à prendre certains virus, auxquels ils paraissent tout d'abord réfractaires, il suffit de plonger la première dans l'eau froide, et de soumettre le second à un régime exclusivement végétal, c'est-à-dire de modifier d'une certaine façon les conditions habituelles de leur existence, et de produire en quelque sorte un état morbide accidentel et particulier. S'il en est ainsi chez les animaux, n'y a-t-il pas lieu de penser que chez l'homme également certaines maladies peuvent aussi favoriser la réceptivité vaccinale, en modifiant accidentellement et plus ou moins profondément les conditions ordinaires de sa santé.

La croissance elle-même, dont l'influence nous paraît incontestable, n'est-elle pas comme une forme particulière de maladie générale ?

En résumé, d'après ce que nous venons de voir, la réceptivité vaccinale si marquée que présentent les adolescents, et notamment les collégiens âgés de 15 à 20 ans, tiendrait d'une part à l'influence du temps écoulé depuis leur vaccination de naissance, et d'autre part à des conditions de terrain et en particulier à la période de croissance qu'ils traversent, à la vie de collège, etc. De plus, il y aurait aussi lieu de tenir compte de la fréquence à leur âge des maladies aiguës, dont quelques-unes, d'après les faits que nous avons cités, ne seraient pas sans influence sur cette réceptivité aux différentes périodes de la vie.

IV.

La vaccine étant l'antagoniste de la variole, mais ne préservant de cette maladie que pour un certain temps, il était intéressant de rechercher si, lorsque cette dernière vient à se montrer chez des sujets vaccinés à la naissance et non revaccinés, la réceptivité variolique présentait dans sa réapparition les mêmes oscillations suivant l'âge que la réceptivité vaccinale elle-même ; autrement dit, si la variole atteignait

de préférence les adolescents et épargnait au contraire dans une certaine mesure les adultes. C'est là une question pour la solution de laquelle nous pouvons fournir des chiffres assez importants, grâce à l'obligeance de M. le Dr Tenneson, qui a bien voulu nous communiquer les nombreuses observations qu'il a recueillies dans les services de varioleux, dont il a été chargé de 1881 à 1884.

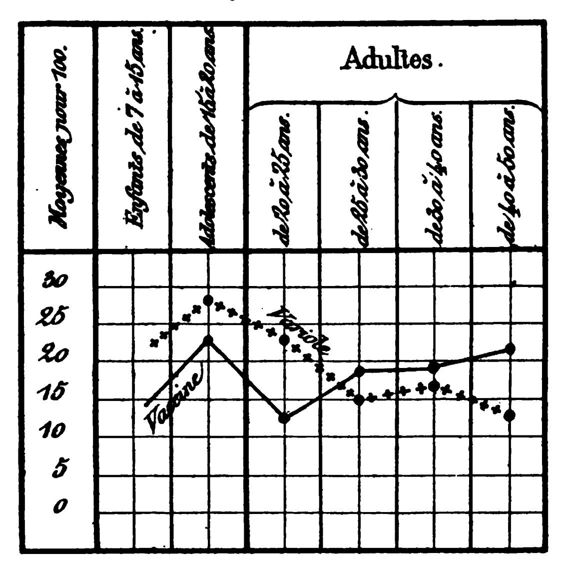
H. — *Sujets vaccinés à la naissance, non revaccinés, et atteints de variole* (obs. du Dr Tennesson).

			Formes éruptives.				Moyennes pour 100.	
Age des sujets.	Séries.	Malades.	Dis-crètes.	Cohé-rentes.	Con-fluentes.	Décès.	Malades.	Décès.
De 15 à 20 ans.	1881	37	25	6	6	3		
	1882	21	17	2	2	2		
	1883-84	13	10	1	2	1		
		71	52	9	10	6	29	2,4
De 20 à 25 ans.	1881	29	19	2	8	4		
	1882	15	11	2	2	»		
	1883-84	14	9	4	1	»		
		58	39	8	11	4	23	1,5
De 25 à 30 ans.	1881	22	9	5	8	2		
	1882	11	5	2	4	3		
	1883-84	8	2	1	5	4		
		41	16	8	17	9	16	3,5
De 30 à 40 ans.	1881	15	5	4	6	3		
	1882	11	7	1	3	1		
	1883-84	18	7	5	6	3		
		44	19	10	15	7	18	2,8
De 40 à 50 ans.	1881	19	9	4	6	5		
	1882	5	2	1	2	3		
	1883-84	6	2	3	1	2		
		30	13	8	9	10	12	4

Parmi ces observations, nous en avons relevé 244 se rapportant à des sujets âgés de 15 à 20 ans, et qui se trouvaient dans les conditions que nous avons en vue, lorsqu'ils ont été

atteints de varioles plus ou moins graves. Ces 244 cas ont été classés dans le tableau suivant par âge des sujets, et par années ou séries, en tenant compte de la forme de l'éruption et de la mortalité. La distinction des varioles vraies d'avec les varioles modifiées ou varioloïdes n'a pas été faite, la maladie étant la même dans les deux cas.

Courbes de la réceptivité vaccinale et de la réceptivité variolique chez des sujets non revaccinés.



Les moyennes pour cent de ces differentes séries nous ont donné un tracé qui représente pour ces faits la courbe qu'a suivie la réceptivité variolique de 25 à 50. En prenant dans notre dernier tableau de revaccination (tableau G) les moyennes pour cent, non plus des sujets revaccinés, mais bien des succès fournis par des sujets également âgés de 15 à 50 ans, et en classant ces succès d'après l'âge auquel ils ont été obtenus, nous avons eu la courbe de la réceptivité vaccinale correspondant à celle de la réceptivité variolique (1). Le

(1) D'après le tableau en question (tableau G), les moyennes pour

rapprochement de ces deux tracés indique bien la marche particulière à chacune d'elles.

Nous n'avons pas de chiffres à produire pour les sujets atteints de variole avant 15 ans; mais on peut regarder comme acquis que, si cette maladie n'est pas absolument rare avant cet âge, lorsque les sujets ont été vaccinés à la naissance, elle est alors beaucoup moins fréquente que de 15 à 20 ans. Par suite, on voit, d'après les tracés qui précèdent, que la réceptivité variolique, comme la réceptivité vaccinale, va en augmentant avec les années dans le jeune âge, pour atteindre son maximum de 15 à 20 ans, c'est-à-dire dans l'adolescence, et qu'elle diminue, comme elle, et d'une façon sensible, de 20 à 25 ans. Au delà, il est vrai, il y a divergence, la première s'élevant légèrement, et la seconde continuant à diminuer de plus en plus. Il est inutile de faire observer combien ces résultats touchant la variole viennent à l'appui de ce que nous avons dit à propos de la vaccine.

Nous résumerons en terminant les principales propositions que nous avons cherché à établir dans ce travail.

1° Les succès obtenus par la revaccination chez des sujets revaccinés pour la première fois augmentent rapidement avec l'âge, notamment chez les collégiens, et atteignent leur chiffre maximum de 15 à 20 ans, c'est-à-dire chez les adolescents. Dans l'âge adulte, ils sont moins nombreux que chez ces derniers, et ils n'augmentent plus avec les années que d'une manière lente et peu sensible.

2° L'élévation du chiffre des succès, dans l'adolescence, tient d'une part à l'âge des sujets, c'est-à-dire au temps écoulé depuis la vaccination; et d'autre part à des conditions de terrain diverses, telles que la période de croissance, la vie de collège, le régime, etc.

---

100 succès obtenus par la revaccination sont représentées, pour les adolescents, de 15 à 20 ans par 24; et, pour les adultes, par 14, 19 et 22, suivant leur âge.

3° D'après quelques faits que nous avons observés, certaines maladies favoriseraient aussi la réceptivité vaccinale aux différentes périodes de la vie, et contribueraient ainsi à augmenter le nombre des succès; d'autres au contraire n'auraient aucune influence de ce genre. Parmi les premières seraient certaines maladies aiguës, ayant un profond retentissement sur l'économie, et notamment la fièvre typhoïde; parmi les secondes seraient les fièvres éruptives ordinaires chez les jeunes sujets, et les maladies chroniques chez les adultes.

4° Chez les sujets vaccinés à la naissance et non revaccinés, la réceptivité variolique, comme la réceptivité vaccinale, atteint son maximum chez les adolescents, c'est-à-dire de 15 à 20 ans, et diminue au contraire chez les adultes.

5° Ce sont là autant de raisons qui justifient la revaccination chez les jeunes sujets et en particulier chez les collégiens.

Pour ces derniers, le vaccin de génisse est préférable au vaccin d'enfant; et, en l'absence d'épidémie de variole, le moment le plus opportun pour pratiquer cette revaccination est celui qui suit la rentrée des congés de Pâques, soit les mois de mars ou d'avril.

REVUES DIVERSES

I. — Analyses et extraits divers.

Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii bei einem 4 1/2 Jahre alten Knaben (Un cas de maladie de Werlhof chez un garçon âgé de 4 ans 1/2), par J. Herzog. (*Archiv. für Kinderheilkunde*, t. VI, fasc. 5.)

Il s'agit d'un jeune garçon lymphatique, vivant dans des conditions hygiéniques excellentes. Le père était mort d'une tuberculose miliaire aiguë; la mère, phthisique, avait succombé à une fièvre puerpérale.

La maladie de Werlhof débute par des mouvements fébriles répétés,

perte de l'appétit, somnolence. Quelques jours plus tard, le linge et l'oreiller de l'enfant sont tachés de sang et on trouve les fesses et les avant-bras principalement couverts de taches d'une coloration rouge brunâtre. Pas de saignement de nez; pas de démangeaisons. Constipation. La muqueuse buccale est anémiée et parsemée de petits foyers hémorrhagiques. Les gencives saignent au moindre attouchement. Température 37°,5. Pouls 120. Pas d'albumine dans les urines. Sous l'influence d'un traitement reconstituant, les taches de purpura disparaissent peu à peu en passant comme d'ordinaire par toute la série des colorations caractéristiques : rouge, rouge vineux, jaune verdâtre, brunâtre, brun-jaunâtre.

Au bout de sept semaines, l'éruption hémorrhagique se reproduit. Elle est précédée comme la première fois par des symptômes généraux. Epistaxis. L'enfant se rétablit de nouveau et quoique très pâle, redevient alerte et gai.

Quatre semaines plus tard, réapparition des mêmes accidents. Épistaxis abondante nécessitant le tamponnement du nez. Séjour à la campagne.

L'éruption hémorrhagique réapparaît encore une fois au bout de neuf mois de bonne santé, pour disparaître de nouveau.

Depuis lors, il y a plus d'un an, l'enfant jouit d'une bonne santé.

Voici les conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de ce fait, ainsi que de toutes les observations analogues publiées jusqu'à ce jour :

Les mauvaises conditions hygiéniques jouent dans l'étiologie du purpura hémorrhagique un rôle beaucoup moins important qu'on ne l'admet le plus souvent. L'observation précédente, ainsi que celles de Conradi, Appenrodt et Chealde entre autres, le prouvent suffisamment. La maladie s'observe aussi fréquemment dans la classe riche que chez les pauvres.

Suivant M. Herzog, la maladie de Werlhof est sous la dépendance d'une anomalie de la constitution qu'on pourrait appeler « lymphatique » et dont le caractère principal résiderait dans la diminution de la résistance du système vasculaire et en conséquence dans la fragilité plus grande des parois capillaires

Cette constitution lymphatique serait transmissible par la voie de l'hérédité.

La minceur des parois des vaisseaux sanguins, combinée avec

l'affaiblissement de la force d'impulsion du cœur et la diminution de la pression intra-vasculaire, pourrait déjà par elle seule amener des désordres dans le domaine du système circulatoire. La constitution anormale du sang, sa richesse plus grande en eau et sa pauvreté en éléments figurés, viennent accentuer ces troubles.

On observe chez de tels individus, tantôt une augmentation de la quantité d'eau contenue dans les tissus, tantôt un engorgement, une surcharge dans le système lymphatique. La pression artérielle s'abaisse de plus en plus et les phénomènes de l'assimilation s'accomplissent d'une manière de moins en moins régulière ; la nutrition est très peu active. Lorsque dans ces conditions, et le fait s'observe fréquemment chez les chlorotiques, les pulsations du cœur viennent à s'accélérer et que la pression sanguine s'élève momentanément dans les capillaires, les minces parois de ces vaisseaux ne sont plus en état d'opposer une résistance suffisante à la pression subitement accrue ; ils se laissent déchirer et le sang épanché produit des érosions, hémorrhagies cutanées, épistaxis, foyers hémorrhagiques dans différents organes, etc., phénomènes dont l'ensemble caractérise le purpura hémorrhagique. Et encore faut-il se rappeler les expériences de Cohnheim et les travaux de Stricker qui démontrèrent que des foyers hémorrhagiques même d'une certaine étendue peuvent être produits par une simple diapédèse des globules rouges, sans solution de continuité des parois vasculaires.

Quant au traitement de cette maladie, il s'agit essentiellement de modifier la constitution des individus tant par une alimentation substantielle que par une médication tonique. Dans ce but on administrera le quinquina, le fer, les vins généreux ; le régime alimentaire devra être composé de viande, de légumes, d'œufs et de lait. Les bains froids, des frictions sèches méthodiques, un changement d'air exerceront la plus heureuse influence sur la constitution de l'enfant. Si les épistaxis répétées amenaient une anémie aiguë menaçant la vie des malades, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la transfusion.

Ueber ältere und neuere Methoden der Behandlung der angeborenen Lues (Des méthodes anciennes et nouvelles de traitement de la syphilis congénitale), par le professeur Monti. (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. VI, fasc. 1.)

M. Monti passe en revue les avantages et les inconvénients que présentent les diverses méthodes en usage dans le traitement de la syphilis infantile.

1° *Frictions :* avec *a*, onguent gris; *b*, oléat de mercure; *c*, emplâtre mercuriel de Bayerdorf-Unna; *d*, savon de mercure. — Toutes ces préparations ont l'inconvénient d'irriter facilement la peau délicate des enfants et de provoquer l'apparition d'érythèmes, d'eczémas, etc. Leur action est rapide. Il ne survient jamais de salivation quand on les emploie à dose convenable. Le mercure introduit subitement dans l'organisme est souvent la cause d'une anémie extrême; les cas de mort subite ne sont pas rares. L'auteur n'emploie jamais pour ces raisons les frictions mercurielles.

2° *Traitement par le calomel.* — La syphilis guérit assez rapidement par ce moyen. Mais l'usage du calomel devant être de longue durée, l'anémie et parfois la mort subite sont également à redouter. Pour obvier à cet inconvénient, l'auteur n'administre que des doses faibles de calomel : 10 centigrammes en quatre fois par jour. Après la disparition des symptômes de la syphilis, il est indispensable de compléter le traitement par l'administration du saccharate d'iodure de fer (0,10 à 0,30 par jour), jusqu'à la disparition du gonflement de la rate ou jusqu'à ce que la peau présente une coloration saine.

3° *Traitement par le sublimé.* — Tous les jours 2 à 3 cuillerées à café d'une solution de sublimé de 0,01 p. 50. Les bains de sublimé n'amènent que fort lentement la disparition des accidents syphilitiques. Les enfants supportent moins bien que les adultes les injections hypodermiques de sublimé (0,005 à 0,01 par jour); on ne doit en faire usage que dans les cas où l'intestin est gravement malade ou lorsque les accidents syphilitiques menacent sérieusement la vie des petits malades.

4° *Albuminate de mercure.* — Son action se fait sentir rapidement; mais les injections sous-cutanées d'albuminate de mercure sont très douloureuses. Cette préparation est d'un usage peu commode à cause de sa faible stabilité.

5° *Peptonate de mercure.*— Cette préparation ne présente aucun avantage essentiel; elle est plus stable que la précédente.

6° *Formamide de mercure.* — Les injections hypodermiques faites avec cette solution sont très douloureuses, même lorsqu'on emploie une solution faible; elles sont en outre fréquemment suivies d'abcès sous-cutanés.

7° *Protoiodure d'hydrargyre.* — C'est une préparation excellente surtout lorsqu'il existe des lésions osseuses; malheureusement elle irrite avec une grande facilité la muqueuse intestinale.

8° *Oxyde noir d'hydrargyre.* — Préparation rejetée dans le plus grand nombre des cas par vomissement.

9° *Tannate de mercure.* — L'auteur l'a employé dans 12 cas avec succès. Les accidents syphilitiques ont disparu rapidement, sans que la nutrition ait été altérée. Dose : 0,02 à 0,16 par jour.

10° *Traitement par l'iode.* — Deux méthodes de traitement : ou bien iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur (3 à 6 cuillerées d'enfant par jour d'une solution de 1 p. 100 et bains avec 20 à 50 gr. d'iodure de potassium) ; ou bien saccharate d'iodure de fer sous forme de poudre (0, gr. 10 à 0, gr. 40 par jour). La première médication provoque rapidement de l'amaigrissement et des phénomènes d'iodisme chez les enfants. Avec le saccharate de fer on n'observe jamais d'amaigrissement malgré la longue durée de ce traitement. M. Monti prescrit plus rarement aux enfants le sirop d'iodure de fer, parce qu'il est souvent la cause d'un catarrhe intestinal plus ou moins rebelle.

Tödtliche Varicellen (Varicelle mortelle), par le Dr J.-V. Wichmann. (*Nordisk medicinskt Arkiv*, t. XVI, n° 20.)

Un enfant, âgé de 5 mois, non vacciné, qui se trouvait depuis trois mois, avec sa mère atteinte d'une affection puerpérale, à l'hôpital de Copenhague, présente la varicelle dix-neuf jours après l'admission dans la même salle d'un autre enfant pris de varicelle. L'invasion de la maladie s'est annoncée par un malaise général qui a persisté pendant quelques jours. L'éruption resta limitée sur l'épaule gauche et la nuque. Au bout de quelques jours de fièvre, pendant lesquels l'enfant subit un amaigrissement notable, collapsus et mort le septième jour de la maladie, sans qu'on ait observé des phénomènes morbides du côté de l'intestin ou des centres nerveux. Durant les derniers jours, l'urine avait renfermé une quantité notable d'albumine, mais pas de sang; l'œdème avait fait complètement défaut. A l'autopsie, la couche corticale des reins présentait une coloration grisâtre.

Il existe dans la littérature un certain nombre d'observations dans lesquelles la varicelle a eu une terminaison fatale. Wichmann a eu

l'occasion d'observer, dans le cours d'une varicelle, une néphrite aiguë, se terminant par la guérison, pendant laquelle il y eut un œdème considérable généralisé et une quantité abondante d'albumine et de sang dans l'urine. Il résulte des observations récentes de Hénoch, que ces néphrites peuvent avoir une terminaison fatale. La conclusion de l'auteur, c'est qu'il est nécessaire d'isoler les enfants atteints de varicelle.

Eine Kindertyphus epidemie (Une épidémie de fièvre typhoïde chez les enfants), par v. Stark. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1885, n° 39.)

De juin 1884 à février 1885 on a soigné, à la policlinique de Kiel, 100 cas de fièvre typhoïde survenus chez des enfants âgés de moins de 15 ans. Il n'y a eu aucune différence sensible en ce qui concerne le sexe; les 100 cas se partagent entre 52 garçons et 48 filles. Dans un grand nombre de familles plusieurs enfants furent atteints par la maladie ; il est possible que l'épidémie de rougeole, qui avait sévi en ville d'une façon très intense six mois auparavant, ait entraîné chez ces enfants une réceptivité plus grande pour le poison typhique. 2 cas de mort seulement pour 100. La durée moyenne de la maladie a été de trois semaines. Les cas à marche rapide aiguë ont évolué plus favorablement que les formes typiques; ce fait a également été confirmé, pour les adultes, par Jurgensen et Liebermeister. La hauteur de la température a été très variable. Dans un cas seulement on a noté des hémorrhagies et des perforations intestinales. Dans l'immense majorité des cas, aucune douleur à la pression de la région iléo-cœcale. Par contre, la bronchite a été constante aussi bien dans les cas bénins que dans les formes graves. On a observé de l'aphasie dans un cas, une polyurie intense dans un autre. Des épistaxis abondantes sont survenues deux fois. Pendant la convalescence, il survint fréquemment des furoncles et des abcès sous-cutanés. Enfin, sept récidives.

Traitement. — Au début de la maladie, 1 à 2 cuillerées à bouche d'huile de ricin ou bien calomel à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 en deux ou trois fois. Contre la bronchite, élixir pectoral ou apomorphine. Contre la constipation, si fréquente dans le cours de la troisième semaine, huile de ricin et lavements. Lorsque la température dépassait 39°,5, draps mouillés autour de tout le corps, renouvelés

six à huit fois par jour, ou bien bains froids à la température de 15° à 20° R. En outre, antipyrine à la dose de 1 à 4 grammes par jour. La naphtaline, préconisée par Rossbach contre le catarrhe intestinal, a été administrée, sans résultat appréciable, à 24 malades à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 par jour.

Zur Behandlung der diphtheritischen Lähmungen mit Strychnin (Du traitement des paralysies diphthéritiques par la strychnine), par W. Reinard. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1885, n° 19.)

Un garçon de 3 ans 1/2 présenta, quinze jours après l'apparition d'une plaque diphthéritique sur les amygdales, une paralysie des membres inférieurs et du voile du palais; marche chancelante, voix nasonnée et gêne considérable de la déglutition des boissons. Au bout de douze jours, la mort parut imminente. La parésie des membres inférieurs était devenue une paraplégie complète. En outre, paralysie totale des extrémités supérieures, des muscles de la nuque, du larynx et du thorax. L'enfant ne pouvait plus se tenir assis, sa tête retombait lourdement sur la poitrine; aphonie, respiration dyspnéique, toux sourde, râles trachéiques. La déglutition étant devenue absolument impossible, l'auteur fit, tous les jours, dans la région de la nuque, une injection hypodermique de sulfate de strychnine à la dose de 1 milligramme. Dès le lendemain, respiration plus facile et flaccidité moindre des muscles de la nuque. Au bout de deux à trois jours, respiration normale, disparition des râles trachéiques, déglutition facile et enfin le petit malade put, de nouveau, maintenir sa tête droite sur les épaules. L'amélioration progressa rapidement, au point qu'après 15 injections (15 milligr. de strychnine, l'enfant put être considéré comme guéri.

Cocaïnbehandlung des Keuchhustens und des nervösen (hysterischen) Hustens (Traitement de la coqueluche et de la toux nerveuse (hystérique) au moyen de la cocaïne), par W. Graeffner. (*Allgemeine Medizinische Central-Zeitung*, 1885, n° 35.)

L'auteur préconise, contre la coqueluche et la toux hystérique, des inhalations chaudes de chlorhydrate de cocaïne.

Voici la formule qu'il emploie :

Chlorhydrate de cocaïne	6 à 10 cent.
Eau distillée	45 grammes.
Chlorate de potasse / Eau distillée d'amandes amères, āā	50 cent.

Chez les adultes et les enfants raisonnables, les inhalations sont pratiquées au moyen du pulvérisateur à vapeur ; chez les enfants tout jeunes on chauffe d'abord la solution de cocaïne, puis on se sert d'un pulvérisateur ordinaire à poire. Dans tous les cas, pour que les vapeurs pénètrent assez profondément dans la région laryngienne, il est indispensable que les malades ouvrent largement la bouche et tirent la langue fortement en dehors.

Ces inhalatious diminueraient notablement la durée du stade convulsif ; les paroxysmes isolés seraient moins violents et les intervalles entre deux accès plus longs.

Dans deux cas de toux hystérique, qui avaient été rebelles à tout traitement, cinq séances d'inhalation auraient amené la disparition des accès de toux.

Il semblerait, par conséquent, que la muqueuse anesthésiée par la cocaïne n'est plus influencée par des excitants qui, à l'état habituel, auraient provoqué infailliblement un accès de toux d'ordre réflexe et que, d'un autre côté, la diminution des accès de toux, tant en quantité qu'en qualité, le plus petit nombre d'efforts de vomissement et l'amélioration de la nutrition générale qui en sont la conséquence, viennent puissamment en aide à l'organisme dans la lutte contre ces maladies.

Acute Polyurie bei einem Kinde nach dem Stiche eines Ixodes ricinus (Polyurie aiguë chez un enfant à la suite d'une piqûre par un ixode ricinus), par A. Iohannesen. (*Archiv. für Kinderheilkunde*, t. VI, fasc. V.)

Un garçon, âgé de 11 ans, d'une bonne santé habituelle, fut piqué par un ixode ricinus au-dessous et à gauche de la protubérance occipitale. Consécutivement à cette piqûre, tuméfaction douloureuse de la région sous-occipitale, raideur des muscles de la nuque, céphalalgie violente, affaiblissement de l'activité cérébrale, délire, trouble profond de l'état général. En outre, paralysie des branches inférieures du facial et enfin polyurie intense, à début brusque, à marche rapide, accompagnée des symptômes ordinaires : polyphagie, soif vive, amaigrissement.

Guérison au bout de dix jours. L'auteur explique la pathogénie de ces phénomènes morbides de la façon suivante : consécutivement à la piqûre, il se serait produit, sous l'influence du traumatisme, ou peut-être sous l'influence d'un poison spécifique, une névrite du nerf accessoire. Les symptômes de cette dernière ont consisté en douleur vive, tuméfaction inflammatoire et raideur musculaire. Or, on sait qu'une névrite a toujours de la tendance à se propager dans le sens centripète, vers les parties supérieures du tronc nerveux et jusque vers la moelle épinière. N'est-il pas permis de supposer que dans le cas actuel l'inflammation s'est propagée du noyau du nerf accessoire sur le noyau du nerf vague, et, de là, sur celui du nerf acoustique, d'où, enfin, elle a gagné le noyau inférieur du nerf facial. Dans ces circonstances, le point signalé par Claude Bernard sur le plancher du quatrième ventricule, et qui se trouve situé entre le nerf acoustique et le nerf vague, n'a-t-il pas pu être lésé et donner lieu à une polyurie aiguë?

Dr G. Boehler.

Sopra alcune alterazioni dei reni nella sifilide ereditaria (De quelques altérations des reins dans la syphilis héréditaire), par le Dr E. Marchiafava (in *Arch. di Bizzozero*, vol. 8), d'après le *Giorn. internaz delle Sc. med.*, 1885, fasc. 7° et la *Rivista clinica* d'octobre 1885.

Les altérations du rein décrites par Maffucci chez un fœtus syphilitique sont quelque peu différentes de celles que l'auteur a trouvées chez deux enfants. Les reins, de volume normal, présentaient une substance corticale de couleur grisâtre, parsemée de nodules miliaires blanchâtres correspondant aux glomérules. Au microscope la nature des altérations de la substance corticale apparaissait. Elle commençait par une artérite diffuse des artères interlobulaires et des afférentes à laquelle succédait le rétrécissement et l'oblitération de l'orifice vasculaire, de telle sorte qu'à la fin tout le vaisseau se convertissait en une masse nécrotique hyaline. Il s'agissait donc d'une *glomérulite* dont les caractères principaux étaient : la nécrose des anses vasculaires, l'exsudation des capillaires circonvoisins, puis la nécrose de l'exsudat endocapsulaire, et, comme conséquence de tout cela, la nécrose des tubes contournés dont l'épithélium tire un appoint, pour sa nutrition, du sang qui lui arrive des artérioles afférentes passant à travers les *glomérules*.

Sui microrganismi della osteomielite infettiva (Des micro-organismes de l'ostéomyélite infectieuse). Observation du professeur RATTONE, dans l'*Archivio per le Scienze mediche*, vol. IX (d'après *lo Sperimentale*, novembre 1885).

Le *staphylococcus* pyogénique est un micrococcus qui se trouve dans le pus et qui, cultivé sur la gélatine, la fait se liquéfier. Le *streptococcus* pyogénique est un autre micrococcus qui se trouve aussi dans le pus des abcès, mais qui est un peu plus petit que le précédent et qui ne fluidifie pas la gélatine. Selon un grand nombre d'observateurs le *staphyloccus serait seul capable de produire l'ostéomyélite infectieuse.*

L'auteur a observé une fois, dans du pus fourni par les abcès profonds d'un malade atteint d'ostéomyélite, la *présence exclusive d'un très grand nombre de streptococcus*. Comme l'identité de ces micro-organismes a été constatée par tous les procédés connus d'examen et par l'épreuve des cultures dans divers milieux, il est légitime d'admettre que le *staphylococcus peut faire défaut dans l'ostéomyélite et qu'on y peut trouver seulement des streptococcus.*

Le Dr CAVAGNIS qui rapporte ces faits dans *lo Sperimentale* y joint un fait personnel :

Dans le courant de janvier, il a injecté dans la cavité abdominale d'un cobaye 20 centigrammes de sang tiré de la peau d'un malade atteint d'ostéomyélite infectieuse très grave, dissous dans 40 centigrammes de solution de chlorure de sodium et le cobaye n'a pas paru s'en ressentir. Il a injecté à un autre cobaye 20 centigrammes de pus au moment même de l'ouverture d'un vaste abcès du tibia gauche chez le même malade ; même résultat négatif. Les deux cobayes sont sacrifiés 16 jours après et l'on ne trouve ni péritonite, ni tuméfaction de la rate, ni lésion d'aucune sorte.

Le sang du malade ne contenait pas de micrococcus, mais le pus en était rempli. Faut-il admettre que le streptococcus, quand il se trouve exclusivement dans le pus, est moins susceptible de propager l'infection que le staphylococcus ? Il faudrait des expériences nombreuses et décisives pour établir ce point.

Des broncho-pneumonies infectieuses de l'enfance et de leurs microbes, par M. le Dr Thaon (1).

L'auteur laisse de côté la broncho-pneumonie tuberculeuse qui est aussi une broncho-pneumonie infectieuse, et il ne s'occupe que de la *broncho-pneumonie diphthéritique* et de la *broncho-pneumonie de la rougeole et de la coqueluche.*

Il fait passer sous les yeux de la société de Biologie des dessins reproduisant les images histologiques des bronchioles et des alvéoles pulmonaires dans ces maladies ; l'on voit que les exsudats sont entièrement constitués par des microbes logés dans les cellules du pus et dans les grosses cellules épithéliales du poumon, altérées et dégénérées.

On pourra avoir toujours des résultats aussi nets, avec des autopsies faites *dans les 24 heures* et par des temps frais, en choisissant les points les plus jeunes de la lésion pulmonaire et se servant de la méthode de coloration bactériologique qui altère le moins ces microbes un peu sensibles.

Il a retrouvé dans le poumon les deux variétés de microbes décrites par Lœfer dans la diphthérite, à savoir : les *zooglées* et les *bacilles* ; mais loin de faire jouer aux bacilles le rôle principal, ainsi que le prétend l'auteur allemand, il considère les zooglées, comme plus constantes ; elles se montrent dans les lésions au début ; les bacilles ne se voient que plus tard à l'extrémité des bronchioles, sur des points envahis depuis quelque temps.

La rougeole et la coqueluche, avec leurs broncho-pneumonies aboutissant à la suppuration, ont des *microbes en diplocoques, en chaînettes* et des *bacilles grenus*, plus larges que ceux de la diphthérite. Ces parasites sont très confluents dans les exsudats alvéolaires du poumon, dès les premiers stades de l'inflammation, avant que la suppuration apparaisse.

La prolifération embryonnaire, signalée par M. Cornil dans les grands espaces conjonctifs du poumon dans ces lésions et qui est comparable à ce qui se passe dans les péripneumonies contagieuses du bœuf, est due à une lymphangite et une périlymphangite de ces

(1) V. la communication du Dr Thaon, de Nice, sur la *tuberculose pulmonaire* (Société de biologie, 10 octobre 1885), et *De la tuberculose en général*, par le Dr Cadet de Gassicourt (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre et octobre 1885).

espaces conjonctifs ; dans les trous lymphatiques de ces régions, on remarque des accumulations de microbes qui peuvent provoquer de véritables thrombus des vaisseaux.

Hématémèse et Mélœna, par le Dr T.-H. Sawtell, dans le *Brit. Med. Journ.*, d'après le *Lond. Med. Rec.*, 15 déc. 1885.

Petit garçon, né après un accouchement naturel un peu long. Vomit subitement du sang vingt-quatre heures et demie après sa naissance. Quelques heures après, mélæna. Collapsus. Mort vingt-quatre heures après les premiers symptômes. Autopsie. On découvre dans l'estomac plusieurs petits ulcères profonds, ronds ou ovales sur la paroi postérieure de l'extrémité cardiaque, près de la petite courbure. L'auteur fait remarquer que jamais lésion de ce genre n'a été constatée dans un cas semblable. Elle n'a pas été trouvée dans le cas rapporté par le Dr Richard Neele.

Broncho-pneumonia with high Temperature, Lowered by Warm. Bathing (Broncho-pneumonie. Haute température abaissée par l'emploi du bain chaud), par le Dr Mackey, in *Lancet*, oct. 1885, p. 617, d'après *The Lond. med. Rec.*, 15 déc. 1885.

Enfant de 2 ans, atteint, pour la quatrième fois, de bronchite.

Rachitisme bien caractérisé au moment de l'admission.

T., 39°,44 centigrades avec ronchus et râles crépitants secs dans toute l'étendue des deux poumons.

Trois jours après l'admission, la température s'éleva à 40°,7.

L'enfant fut placé dans un bain à 34°,4 centigrades pendant environ vingt minutes, et sa température tomba d'un peu plus de 1°, mais quelques heures après, elle s'éleva à plus de 41°, et cette élévation fut suivie de légères convulsions.

On lui donne alors un bain à 32° qui ramène sa température à 37°,6.

Pendant les trois heures qui suivirent, la température s'éleva à 41°, et fut réduite par le bain à 37°,4.

Pendant les trois jours suivants, la température oscilla constamment entre 40° et 41°.

On fit fréquemment usage du bain chaud qui réduisait toujours la

température de 1° 3/4 à 2° 1/4, mais pour quelques heures seulement.

Le septième jour après son admission, l'enfant mourut avec une température de 41° qui avait atteint et même dépassé 41°,5 quelques heures avant la mort.

L'auteur fait remarquer qu'on pourrait employer plus fréquemment dans le traitement des pyrexies le bain à 35° qui diminue la fièvre de 2° 1/2 à 3° dans l'espace de vingt à trente minutes.

Température chez l'enfant au moment de la naissance. Communication de M. Bonnal à l'Académie des sciences.

La température anale des enfants, prise au moment de leur naissance et avant la rupture du cordon ombilical, est rarement inférieure à 37°,5 et oscille d'ordinaire entre 37°,6 et 38°,3.

Dans les accouchements normaux, elle peut dépasser 39°.

D'ordinaire, il existe entre la température de la mère et celle du nouveau-né et en faveur de celui-ci, une différence de 2 dixièmes à 7 dixièmes de degré. M. Bonnal estime que cette différence prouve que l'enfant, dans certaines circonstances données et avant qu'il soit détaché de la mère, souffre dans sa propre individualité et d'une manière pour ainsi dire indépendante.

Ainsi que tous les observateurs l'ont constaté, la température du nouveau-né baisse rapidement après la naissance, surtout s'il est abandonné durant quelque temps, recouvert seulement d'un drap; cet abaissement peut aller au-dessous de 36°.

Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore, d'après le *Brit. med. Journ.* et l'*Union médicale.*

Rebuté par de nombreux échecs, M. Henry Greenway eut l'idée d'employer, dans un cas désespéré, le phosphore administré alternativement avec les médicaments communs dont l'inutilité lui était trop démontrée, mais qui lui étaient comme imposés par la tradition. Il employa la formule française connue sous le nom de sirop de phosphore de Fauconnet. Vingt-quatre heures après le début de cette nouvelle médication, il avait la satisfaction de constater une amélioration considérable, alors que tout espoir semblait perdu, et toute intervention condamnée d'avance. Au bout de quatre jours, tout

symptôme inquiétant avait disparu. En trois semaines, guérison complète. L'enfant est demeuré excitable pendant quelque temps, puis a recouvré une santé parfaite.

Dans un autre cas, le phosphore fut prescrit seul, avec semblable succès. Chez un enfant atteint d'hydrocéphalie chronique, non seulement la méningite fut guérie, mais les dimensions de la tête subirent une réduction notable. Le plus jeune malade ainsi traité est une petite fille de 1 an 1/2, au dernier degré du marasme, son affection se compliquant de tuberculose mésentérique. Les signes de méningite étaient, d'autre part, des plus évidents : rotation de la tête, facies caractéristique, cri méningitique, etc. Et, cependant, au bout de sept jours, tout accident céphalique avait disparu. L'enfant est naturellement resté débile du fait de la diathèse. L'auteur prescrit une dose de 1 à 2 milligr. de phosphore pour chaque année d'âge, répétée toutes les quatre heures, si cela est nécessaire.

La thérapeutique est trop désarmée en face de cette terrible maladie pour qu'on ne s'empresse pas de donner la plus grande publicité à de pareils faits, consciencieusement observés.

Carbolic Acid as a Specific in Scarlet Fever (De l'acide phénique, considéré comme un spécifique de la fièvre scarlatine), par le Dr Wigglesworth, in *Liverp. Medico-chirurg. Journal*, july 1885.

Deux ans avant la présente communication, le Dr Wigglesworth a publié 100 cas de scarlatine soumis à ce traitement sans avoir eu un cas de mort à enregistrer, sans fièvre secondaire et avec deux cas seulement d'albuminurie qu'il a cru pouvoir attribuer au froid.

Il vient y ajouter de nouvelles observations de scarlatine grave, dont deux sont relatives à des adultes, dans lesquels l'administration du même remède a paru produire les mêmes résultats. Il donne le médicament à fortes doses : environ 20 centigrammes toutes les deux heures aux enfants au-dessus de 6 ans, et environ 25 centigrammes aux adultes. Ce taux élevé est conservé pendant cinq jours, puis la dose est diminuée et les intervalles sont accrus. L'urine devient d'un vert olive pendant le traitement.

A Case of Intussusception treated by Manipulation, with Cure. (Invagination chez un enfant traitée avec succès par les manipulations),

par le Dr Overman Day, in *Lancet*, 1885, p. 570, d'après *The Lond. Med. Record*, 15 déc. 1885.

Enfant de 6 mois, pris subitement d'une diarrhée qui dura environ quatre heures. Émission d'une grande quantité de sang dans les selles. L'enfant, immédiatement après cette hémorrhagie, était dans le collapsus et très pâle. Cinq gouttes d'eau-de-vie par heure lui furent administrées avec une mixture contenant de l'éther et de l'ammoniaque. Huit heures après, l'auteur de l'article vit l'enfant et diagnostiqua un cas d'invagination intestinale. Avant d'avoir recours aux moyens usuels on décida d'avoir recours à la manipulation de la paroi abdominale.

On commença par un mouvement rotatoire des deux mains, de gauche à droite, dans la direction de la fosse iliaque de ce côté. *Ce mouvement ayant été continué pendant un quart d'heure*, on entendit et sentit distinctement un gargouillement. L'enfant se remit promptement et, deux jours après, eut une selle de couleur foncée, d'une odeur infecte, sans aucune trace de sang. Il y a environ deux ans, l'auteur a traité par le même moyen un enfant d'environ 5 ans. Après une manipulation d'une heure, l'intussusception fut réduite et la guérison s'ensuivit. Sur dix cas qu'il a vus de cette affection, les deux seulement qui ont été traités par les manipulations ont été des cas de guérison.

Partial Dislocation of the Head of the Radius Peculiar to Children (Luxation partielle de la tête radiale, particulière aux enfants), par le Dr Sidney Lindeman, in *Brit. Med. Journ* , 5 déc. 1885.

La littérature médicale ne contient pas beaucoup de renseignements sur cette lésion. Le Dr Mc Nab, de Epping (1) et le Dr Hodges ont été les premiers à attirer l'attention de l'Angleterre sur ce sujet qui a aussi été traité avec beaucoup de soin par Goyrand.

Il y a toujours eu doute sur la question de savoir si cet accident, chez les enfants au-dessous de cinq ans, est causé par une luxation du radius au coude ou par un déplacement du fibro-cartilage au poignet, et des descriptions différentes ont été faites, suivant que l'on a placé la lésion à l'un ou l'autre des deux sièges.

---

(1) V. *Heath's Junior Surgery* et *Ranking's Abstract.*, 1863, vol. I, et de Saint-Germain. *Chirurgie des Enfants.* Paris. Steinheil, 1883.

Le Dr Smeddon en a publié plusieurs observations en 1882 (1).

L'âge des enfants est au-dessous de cinq ans, le plus souvent entre neuf mois et deux ans.

La lésion a consisté, dans tous les cas observés par le Dr Sidney Lindeman, en une luxation partielle de la tête du radius en avant. Elle est généralement causée par l'action d'empêcher l'enfant de tomber, en le retenant fortement par la main, et ne se présente pas chez les adultes, chez lesquels on a constaté pourtant des cas de luxation complète de la tête du radius en avant (2).

Après l'accident, l'enfant souffre beaucoup. Le membre atteint pend, inerte, dans une attitude intermédiaire à la pronation et la supination. La personne qui l'amène croit généralement que le mal est dans l'épaule, mais le coude du côté lésé est toujours plus chaud que son congénère ; on peut même sentir par la palpation une légère saillie sur le côté externe de l'articulation. La flexion du bras à angle droit et la pronation complète peuvent toujours être obtenues, mais la flexion complète et la supination rencontrent de la résistance.

Pour réduire la luxation il faut prendre la main de l'enfant dans la main qui lui fait face et pratiquer une forte impulsion dans le sens de la supination, le pouce de l'autre main appliqué sur la tête du radius. Avant que le temps de supination complète soit entièrement accompli, on entend distinctement un craquement et l'on sent la tête du radius reprendre sa place.

Un fait à remarquer, c'est que l'enfant, quelques minutes après la réduction, peut mouvoir le bras et la main et même prendre tout ce qu'on lui présente sans paraître éprouver de souffrance.

Ces luxations ont une grande tendance à se reproduire surtout si elles n'ont pas été réduites au premier moment. Dans plus d'un cas une augmentation de volume de l'articulation est résultée de l'erreur du diagnostic et de l'insuffisance du premier traitement.

Après la réduction il faut maintenir la flexion à angle droit au moyen d'une attelle coudée.

La lésion se produit de préférence chez les enfants du type strumeux dont les têtes osseuses sont très développées.

(1) V. *Brit. Med. Journ.*, March, 1882.

(2) V. Dr Will. *Lancet*, June 7th, 1879.

Operative Treatment of Congenital Dislocation of Hip-Joint (Traitement opératoire de la luxation coxo-fémorale congénitale), par le professeur Ogston, in *Brit. Med. Journ.*, déc. 12, 1885.

Le Dr Ogston a fait l'opération de résection de la hanche pratiquée l'année dernière, dans ce cas particulier, par le Dr Margary, de Turin.

Le malade du Dr Ogston était un jeune homme sain et robuste de 20 ans, atteint d'une luxation coxo-fémorale congénitale double avec la démarche particulière à ce genre d'affections. Une résection double de la hanche a été pratiquée, et comme d'habitude, on n'a trouvé ni tête du fémur, ni cavité cotyloïde. La tête des fémurs, faisant une saillie qui constituait l'un des traits principaux de la malformation, a été sciée, et l'extrémité des os appliquée sur la place où aurait dû se trouver la cavité cotyloïde. Les plaies ont guéri rapidement et il y a eu une amélioration considérable de la démarche. La distorsion, qui était très prononcée, a presque complètement disparu.

Gastrostomy in a boy aged four (Gastrostomie chez un petit garçon âgé de quatre ans), par le Dr John H. Morgan, *Clin. Societ. of London*, du 27 novembre 1885, in *Brit. Med. Journ.*, décemb. 5, 1885.

Le malade, le 1er mars, a avalé de la potasse caustique. La bouche et le gosier furent brûlés au passage, et il a vomi des mucosités pendant les trois semaines qui ont suivi. Pendant quatorze jours, il ne put avaler d'aliments solides. Six semaines après, il fut admis à l'hôpital des *Sick Children*, où il fut soigné par le Dr Chadle, avec un teint et une apparence misérables. Il ne pouvait à ce moment avaler, et avec difficulté, que des aliments liquides, et cet acte était souvent suivi d'un vomissement de matières muco-purulentes. Malgré des lavements alimentaires qui furent donnés dès le début, l'émaciation ne cessa de faire des progrès. Il avait été fait tout d'abord un essai infructueux pour faire pénétrer une sonde dans l'œsophage. Pendant quelques jours, le malade avala mieux, mais cette amélioration ne fut que temporaire, et l'émaciation devint si grande qu'après un nouvel et infructueux effort pour passer la sonde, sous le chloroforme, l'opération de la gastrostomie fut pratiquée le 17 août. L'estomac fut fixé au moyen de 13 sutures et ne fut ouvert que trente et une heures après. Aussitôt après l'ouverture, et en raison de l'état de faiblesse dans lequel le malade était tombé, un peu de *thé de bœuf* et d'eau-de-

vie furent immédiatement introduits dans l'estomac au moyen d'un tube à empyème. La nourriture lui fut ainsi administrée toutes les deux heures, et le quatrième jour, il eut une selle normale.

L'enfant resta faible et irritable pendant les sept premiers jours, mais présenta une amélioration notable à la fin de ce temps. Toutefois, il ne commença à augmenter en poids qu'après trois semaines. Par la suite, il a continué à prendre du poids et des forces, c'est-à-dire qu'il a regagné sans le dépasser ce qu'il avait perdu pendant le temps qui s'est écoulé entre son admission et l'opération. Il n'a pas été fait de nouvelle tentative pour dilater le rétrécissement de l'œsophage, mais un peu de liquide coloré, introduit par la bouche, a pénétré jusque dans l'estomac, ce qui prouve que l'occlusion n'est pas complète.

Large abscess of Abdominal Wall; Empyema; Small peritoneal Abscesses; Pulmonary Tuberculosis (Vaste abcès de la paroi abdominale; empyème; petits abcès péritonéaux; tuberculose pulmonaire), par le Dr Taylor, dans le *Medical Times and Gaz.* du 2 mai 1885, d'après les *Arch. of Pediatrics* du 15 septembre 1885.

Enfant de 4 ans 1/2 présenté à l'admission avec un ventre fluctuant de toute part, un peu de rougeur autour de l'ombilic et un peu de fièvre. On songea immédiatement à un vaste épanchement purulent dans le péritoine.

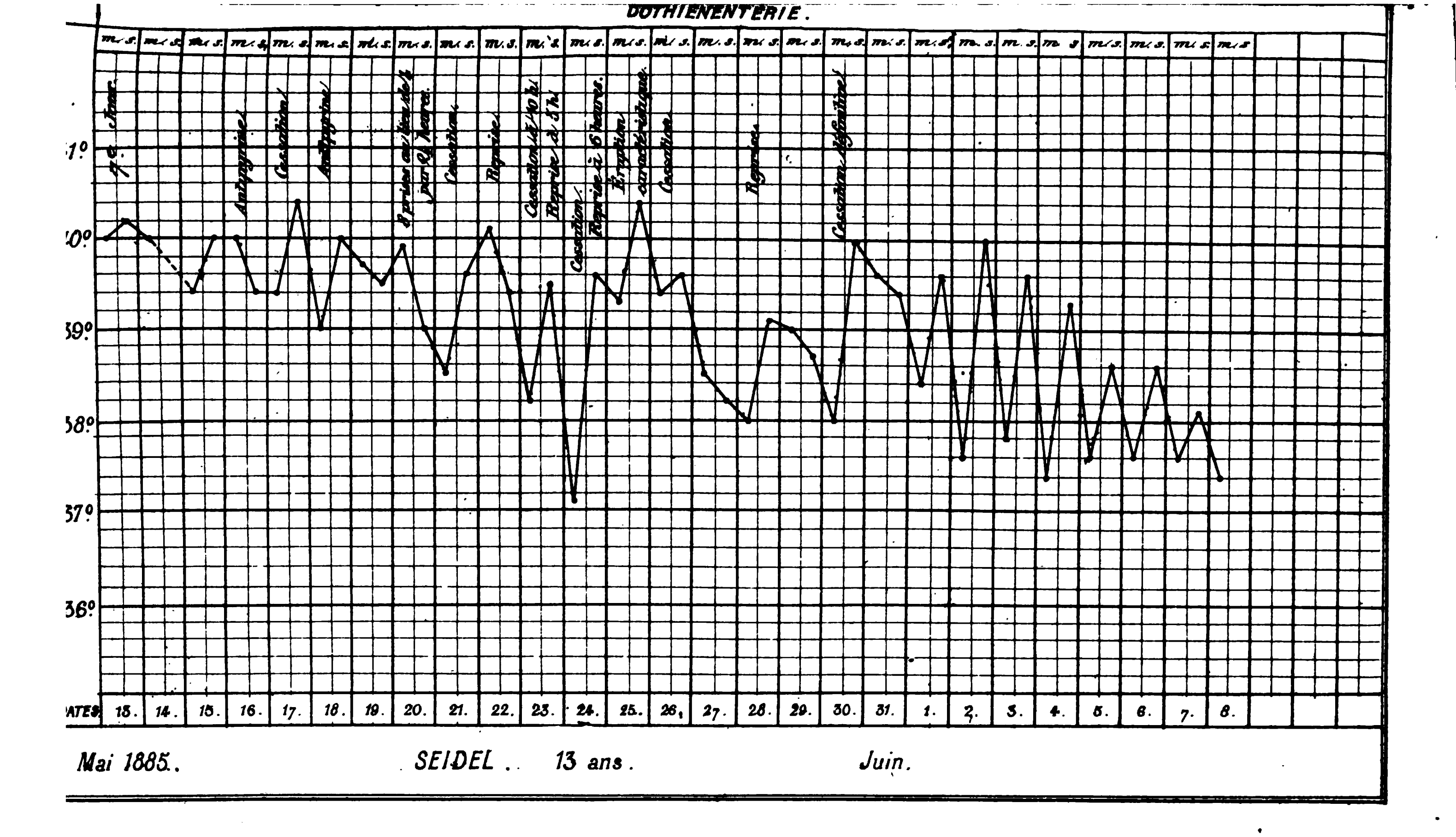
Une légère ponction fut faite sous cette impression, puis une large incision. Plusieurs pintes de pus s'épanchèrent. D'autres signes d'épanchement se montrèrent dans la cavité pleurale, et une incision fut aussi pratiquée de ce côté. Un peu d'amélioration s'ensuivit, mais il survint bientôt de la fièvre hectique et le malade mourut d'épuisement.

A l'autopsie, on trouva que l'abcès abdominal était entièrement en dehors du péritoine. La poche s'étendait du cartilage xiphoïde au pubis. Les organes intra-abdominaux étaient soudés les uns contre les autres par des produits inflammatoires. On y voyait quelques petits abcès. Les deux poumons contenaient du tubercule à leurs sommets.

Dr Pierre-J. Mercier.

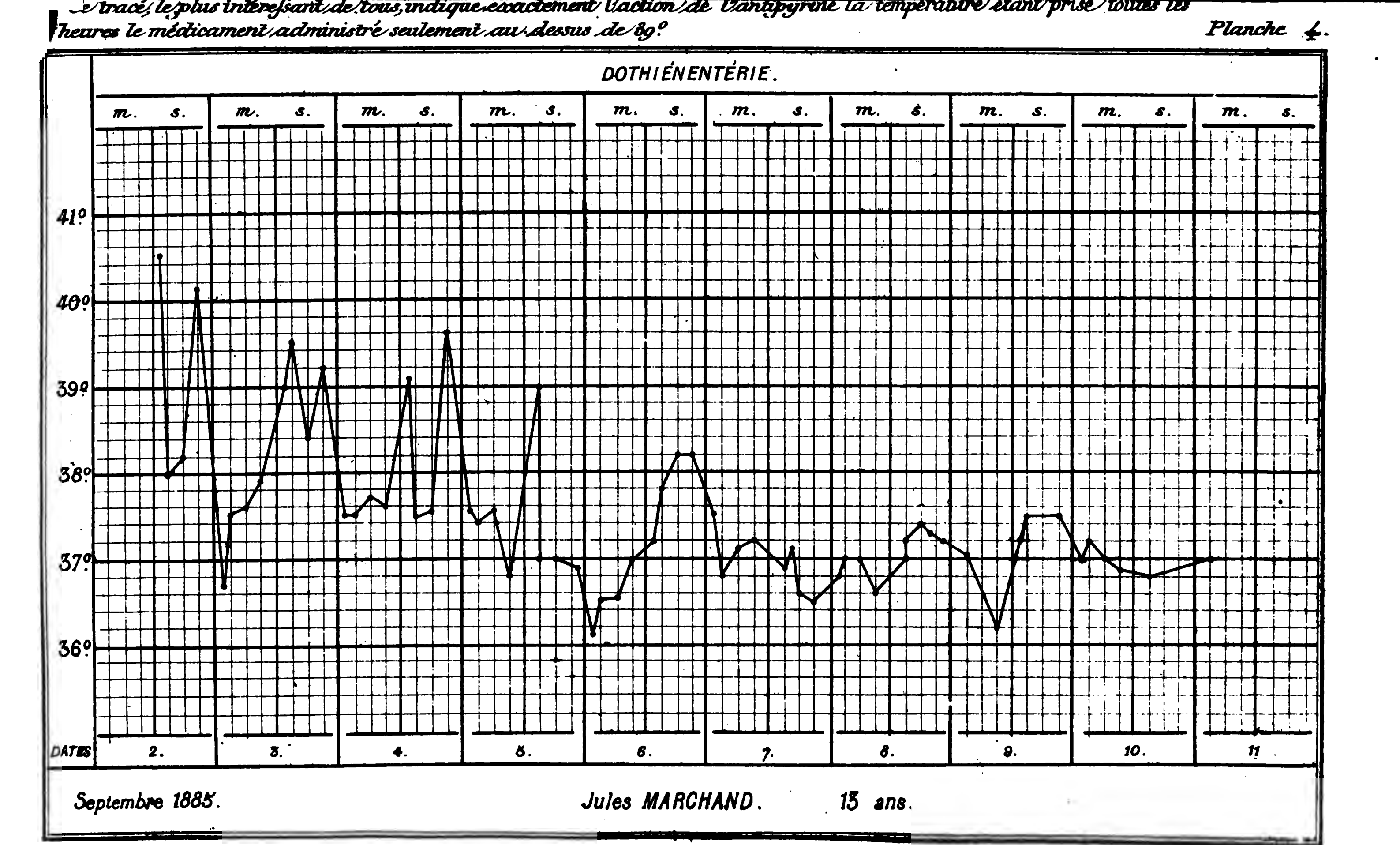
Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.


DOTHIÉNENTÉRIE.
41°
40°
39°
38°
37°
36°
DATES
13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.
Mai 1885.
SEIDEL .. 13 ans.
Juin.

Ce tracé, le plus intéressant de tous, indique exactement l'action de l'antipyrine la température étant prise toutes les heures le médicament administré seulement au dessus de 39°.

Planche 4.



DOTHIÉNENTÉRIE

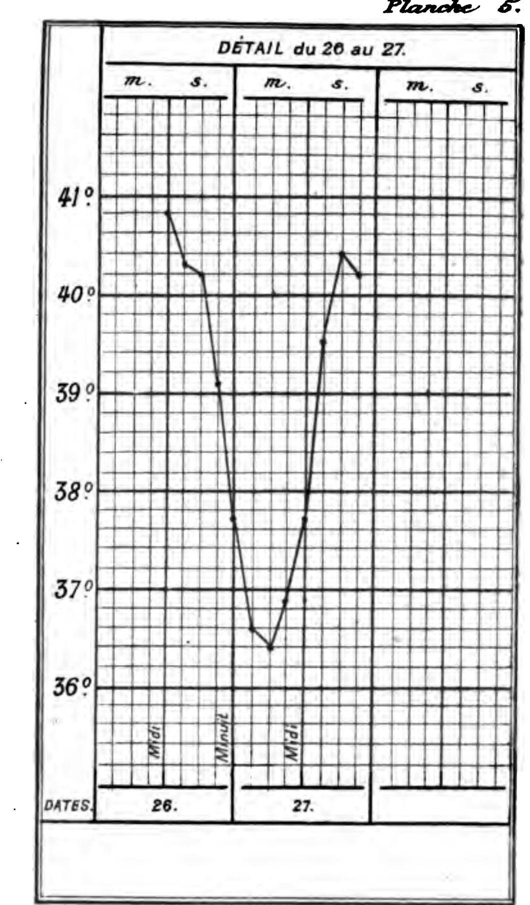
m. s. | 0,80 toutes les 3 h. | 0,25 | 0,10 | Cessation. | Une seule prise de 0,80. | Cessation.

41° 40° 39° 38° 37° 36°

DATES. 26. 27. 28. 29. 30. 31 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Juin

Mai 1885. Alex. DURAND. 9 ans



PNEUMONIE AIGÜE.

DATES. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.

m. s.

41° 40° 39° 38° 37° 36°

Juin 1885. Claudius PERROT. 9 ans ½.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

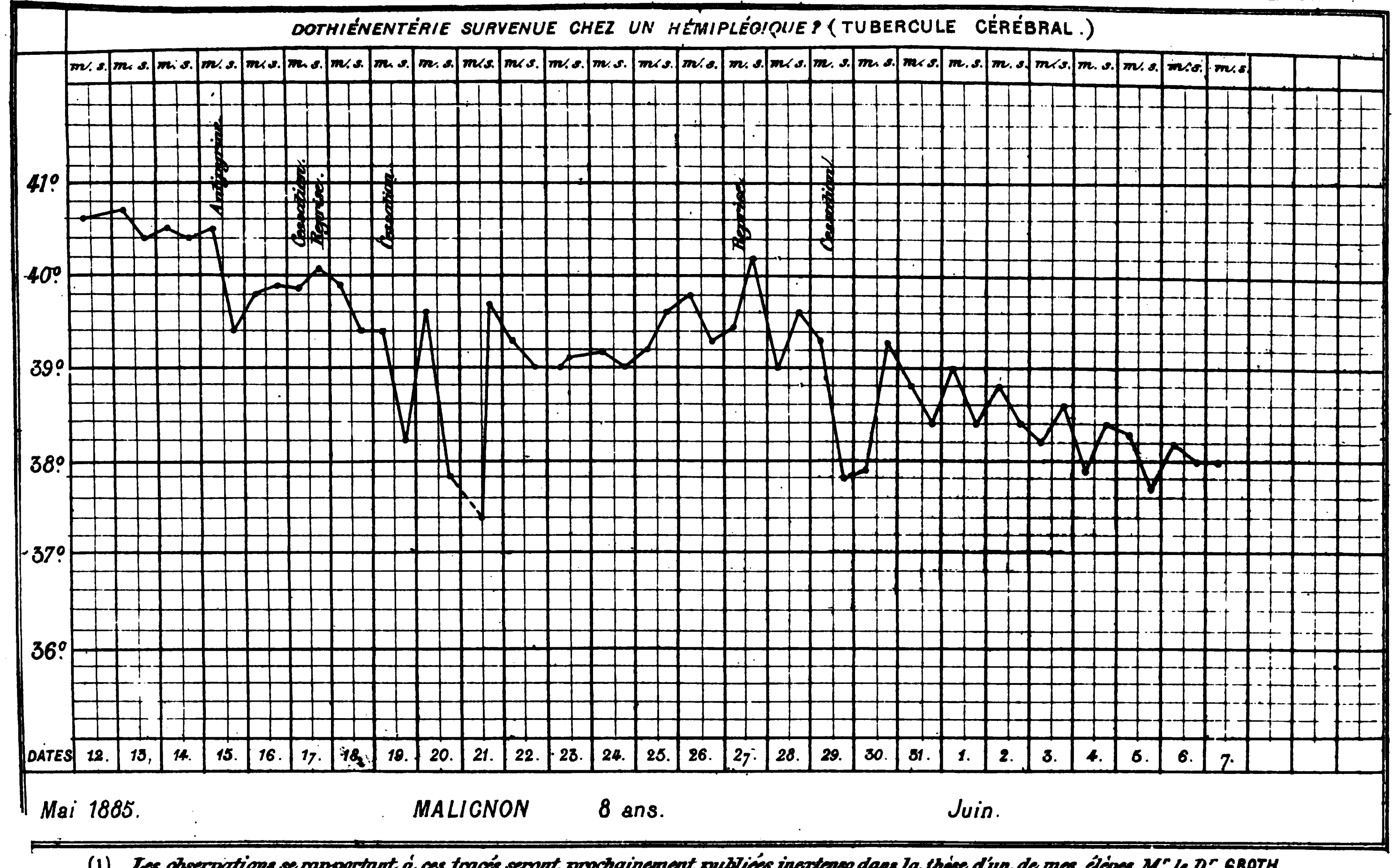
DATES. 18. 19. 20. 21.

m. s.

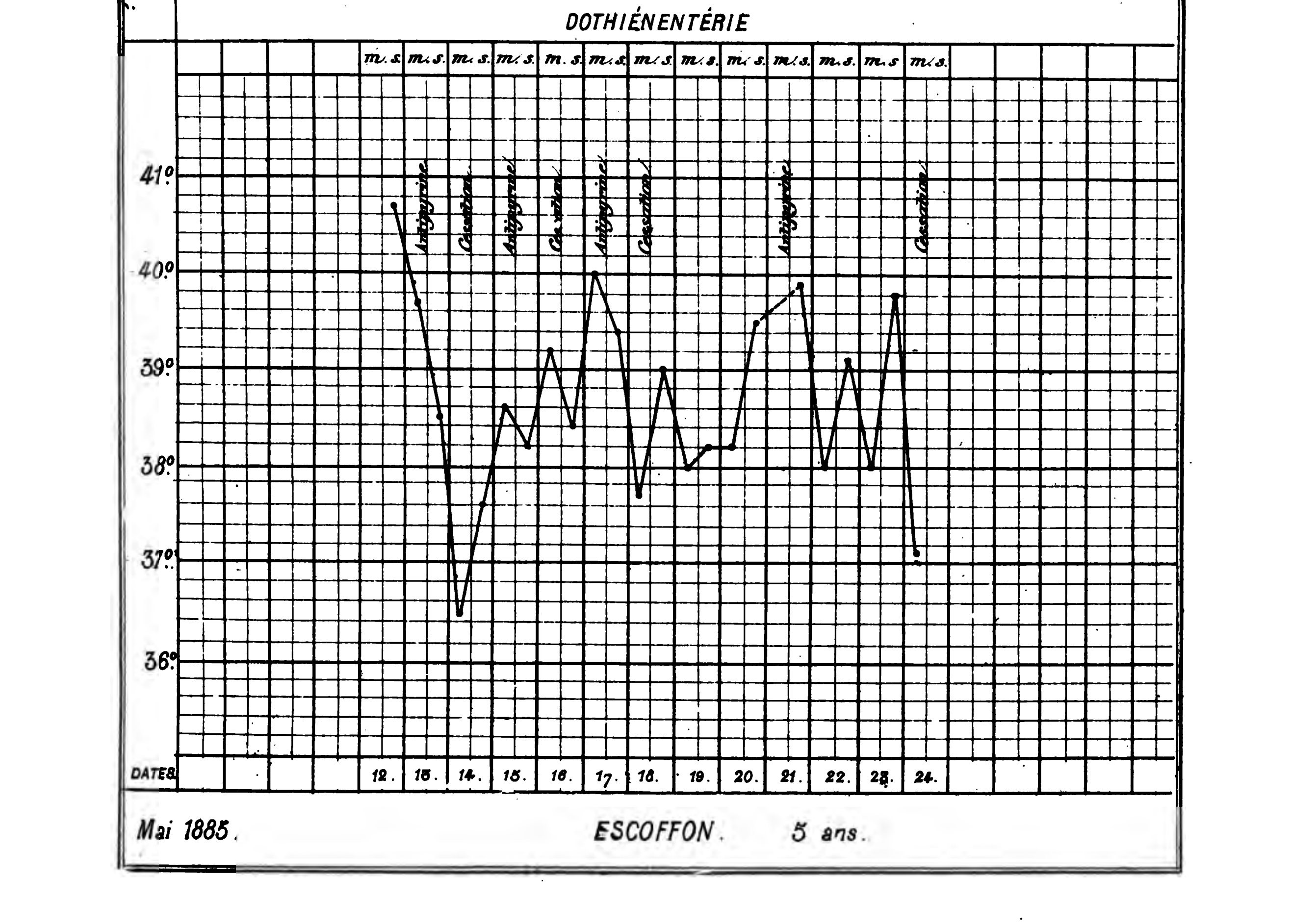
41° 40° 39° 38° 37° 36°

Juin 1885. Gustave JOURDAN. 5 ans.

Planche 1.



(1) *Les observations se rapportant à ces tracés seront prochainement publiées inextenso dans la thèse d'un de mes élèves Mr le Dr GROTH.*


DOTHIÉNENTÉRIE
m. s.
41°
40°
39°
38°
37°
36°
DATES
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
Antipyrine
Cessation
Mai 1885.
ESCOFFON.
5 ans.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Mars 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES
CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Moncorvo,
Professeur de clinique des maladies des enfants à la policlinique de Rio-de-Janeiro,
Membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.

I.

Bien que l'éléphantiasis des Arabes (*éléphancie*) figure dans le tableau de la pathologie tropicale parmi les entités morbides le plus fréquemment observées, il n'est pas moins vrai que cette affection se rencontre aussi dans certaines régions d'Europe, plus souvent qu'on n'aurait cru tout d'abord. Nous croyons donc que tous les progrès que fera l'étude de ce chapitre de la pathologie exotique ne manqueront pas d'attirer l'attention des médecins du vieux monde. On reconnaîtra d'autant plus la nécessité de cette étude que bien des erreurs se sont glissées dans les descriptions qu'ont faites de cette

cruelle maladie, dans des ouvrages de médecine classique, des auteurs qui n'ont pas eu l'occasion de l'observer de près; d'autant plus que ces auteurs s'appuient généralement sur des documents basés le plus souvent sur des observations inexactes. De telles erreurs, non contrôlées par les nouveaux venus, sont restées dans un certain nombre d'ouvrages, même très appréciés et pleins d'une vaste érudition.

Nous n'avons pas l'intention de nous livrer, dans ce travail, à une recherche rigoureuse de tous les points qui nous paraissent mériter une rectification; nous nous bornerons seulement à envisager un côté intéressant de l'étiologie de la maladie, celui qui se rapporte à son apparition et à sa fréquence dans le jeune âge.

La presque totalité des observateurs qui ont travaillé à l'étude de l'éléphancie ont eu à constater dans leurs recherches des cas plus ou moins avancés dans leur évolution, c'est-à-dire qu'il s'agissait de malades ayant déjà dépassé l'époque de la puberté, ou du moins l'ayant déjà atteint. D'une façon générale, on peut affirmer que les faits recueillis par ces observateurs se rapportaient à des individus arrivés à l'âge adulte. Ils se bornaient pour ainsi dire à l'examen des cas les plus frappants, tantôt par leur développement considérable, tantôt par l'étendue du mal. Il paraît que ces médecins s'inquiétaient fort peu de l'époque de l'invasion de la maladie, ne prêtant d'attention qu'aux caractères et au siège de l'affection.

Cela nous explique peut-être le silence gardé jusqu'à une certaine époque par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et l'avis émis plus tard par d'autres sur la rareté d'une telle affection avant la puberté.

Nous nous livrons depuis cinq ans, avec la collaboration de notre éminent confrère et ami M. le Dr Silva Araujo, à des recherches cliniques et thérapeutiques à l'égard de l'éléphantiasis des Arabes à Rio-de-Janeiro; nous avons donc été à même de pouvoir contrôler, sur ce point, les assertions de nos prédécesseurs. Bien que notre principal objectif fût la question de la thérapeutique, que nous avons définitivement ré-

solue (1), nous n'avons pas laissé passer sans un examen sérieux toutes les autres questions qui se rattachent à l'étiologie, à la séméiologie et à la marche de cette cruelle affection.

Avant d'exposer le résultat de nos observations au sujet du point étiologique que nous nous proposons d'éclaircir, nous croyons utile de donner ici l'avis de quelques auteurs qui se sont occupés avant nous de l'étude de l'éléphancie.

Ernest Godard, qui a eu l'occasion d'étudier largement cette maladie pendant son voyage à travers l'Égypte et la Palestine, a écrit que « jamais la maladie n'arrive avant l'âge adulte », en ajoutant plus loin « qu'il n'existe pas un seul cas observé *chez l'enfant* (2) ».

Le Dr Mohamed-Aly-Bey, qui a fait une excellente thèse sur ce sujet, s'est exprimé comme il suit, par rapport à l'époque de la vie dans laquelle la maladie se présente : « L'éléphantiasis peut se développer dès l'âge de 15 ans chez les garçons, et de 12 chez les filles ; il peut se rencontrer, mais très rarement avant cette époque, ainsi à l'âge de 8 ans (Dr Mohamed-Aly-Bey), à l'âge de 10 ou 12 ans. On peut dire d'une manière générale que l'âge le plus propice pour le développement de cette maladie est entre 15 et 20 ans, époque à

(1) Moncorvo et Silva Araujo. *Sur le traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi combiné des courants continus et des courants intermittents.* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences.* Paris, t. XC, n° 16, 19 avril 1880, p. 933.)

Moncorvo et Silva Araujo. *De l'électrolyse appliquée à l'éléphantiasis des Arabes.* (*Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, t. X, n° 9.)

Moncorvo et Silva Araujo. *De l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'éléphantiasis des Arabes.* Note communiquée au Congrès international d'électricité de Paris en 1881. (*Journal de thérapeutique de Gubler.* Paris, n° 1, 10 janvier 1882.)

Moncorvo et Silva Araujo. *Du traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'électrothérapie.* (Note communiquée à l'Académie des sciences, 1884.)

(2) *Égypte et Palestine.* Observations médicales et scientifiques, par le Dr Eug. Godard. Paris, 1867, p. 277.

laquelle s'accomplit une révolution générale dans l'organisme chez l'homme et chez la femme (1). »

Hebra, dans son remarquable article sur l'éléphantiasis des Arabes, de son *Traité des maladies de la peau* (2), affirme que cette maladie est très rare avant la puberté.

Duchassaing avait proclamé que la maladie ne se développe *jamais* chez les enfants avant l'âge de 8 à 10 ans, ajoutant même que c'était une exception (3).

Cloquet, Gibert, Alfonseca (4), Broquère (5) considèrent, pour leur part, la maladie comme une curieuse exception avant la puberté. Duhrnig partage tout à fait cette manière de voir (6).

Nous pourrions ajouter bien d'autres citations à l'appui de cette conclusion acceptée par la presque totalité des observateurs, que l'éléphantiasis, inconnue chez les enfants du premier âge, est extrêmement rare avant l'âge de la puberté.

C'est à cette opinion, passée comme une vérité absolue au milieu de tant de travaux publiés sur cette terrible affection, que nous prétendons nous opposer, en nous appuyant sur une période d'observation de plus de 200 cas.

Après être arrivé à la conviction formelle de la présence de l'éléphantiasis, même chez les plus jeunes enfants, nous avons procédé à de nouvelles recherches bibliographiques à ce sujet, et nous avons retrouvé quelques faits épars dans les archives de la science, qui viennent corroborer les résultats de notre observation personnelle.

---

(1) *Sur l'éléphantiasis des Arabes.* (Th. inaug. Paris, 1869, p. 11.)

(2) *Traité des maladies de la peau.* Trad. franç. Paris, 1874, t. II, p. 142.

(3) *Études sur l'éléphantiasis des Arabes et sur la spiloplaxie.* (*Arch. gén. de médecine.* Paris, 1855. t. II et V.)

(4) *De l'éléphantiasis des Arabes développé dans les organes génitaux de l'homme.* Paris, 1879.

(5) Th. de Paris, 1875.

(6) *A practical treatise on diseases of the skin.* Philadelphie, 1882, p. 418.

II.

Cependant, avant d'indiquer les cas appartenant à d'autres observateurs, et auxquels nous venons de faire allusion, nous relaterons avec plus ou moins de détails ceux qui nous appartiennent.

Dans le but de rendre plus claire et plus méthodique cette exposition, nous avons divisé les cas soumis à notre observation en deux groupes; dans le premier, nous avons placé les faits observés chez des enfants; dans le second, nous avons englobé ceux trouvés chez des adultes, mais dont l'apparition datait de l'enfance.

Les cas ci-dessus ont été observés, soit par nous-même, dans notre service des maladies de l'enfance à la Policlinique, soit avec notre confrère et ami, M. le professeur Silva Araujo, dans notre cabinet particulier d'électrothérapie, soit enfin par le même professeur dans son service de dermatologie, à la Policlinique.

PREMIER GROUPE.

Observation I. — *Éléphantiasis siégeant à la région hypogastrique et pubienne.* — Théodoro, âgé de 15 jours, né à Rio, fils de Germano do Nascimento, demeurant rue Barcellos, 14, est apporté pour la première fois au service de M. le Dr Moncorvo, à la policlinique de Rio, le 23 septembre 1884.

Le père de l'enfant avoue avoir subi des accidents vénériens à une époque presque récente. La mère est faible et chétive. Une sœur de l'enfant, examinée dans la même occasion, a le crâne déformé, asymétrique, une glossite desquamative, les amygdales hypertrophiées et la luette déviée.

Le petit malade est le deuxième enfant.

Le travail des couches s'était accompli sans aucun accident et l'enfant était venu au monde assez bien développé.

Son poids actuel est de 3 kil. 500. Le cordon ombilical tomba vers le quatrième jour, mais la plaie qui en résulta continua à suppurer abondamment. Depuis trois jours, le ventre est devenu assez gonflé,

douloureux, et la peau qui le recouvre est d'une coloration rougeâtre autour de la plaie ombilicale. En même temps, toute la région hypogastrique devint œdémateuse, et, par la suite, toute la région pubienne, le fourreau du membre et les bourses scrotales. Le capuchon préputial a été tellement envahi par l'œdème que le méat urinaire est resté oblitéré, au point que l'émission de l'urine est devenue totalement impossible.

La région hypogastrique est ballonnée, et par l'exploration pratiquée on constate que la vessie est fort distendue par l'urine. La plaie ombilicale n'est pas encore entièrement cicatrisée ; sur les points qui restent à découvert, il y a un suintement d'un ichor séro-purulent. La peau de la région ombilicale est tendue et rouge, le tissu sous-cutané est très œdématié.

Sur le bas-ventre, ainsi que sur le pubis où la réaction inflammatoire se trouve déjà presque éteinte, la peau est adhérente aux tissus sous-jacents ; on y remarque aussi de l'œdème élastique, exactement dans les conditions de celui constaté chez l'adulte au début de l'éléphancie.

L'enfant a eu des selles vertes ; la mère qui, du reste, est assez faible, n'a pas assez de lait pour suffire à la nourriture de son enfant.

On procède à l'extraction de l'urine qui sort en assez grande quantité, et on pratique sur le ventre, sur le pubis et les bourses un badigeonnage avec du collodion électrique.

Le 27. L'enfant revient à la consultation dans de meilleures conditions. L'œdème des bourses et du fourreau du pénis est tout à fait disparu. L'enfant urine abondamment et sans la moindre difficulté.

La production éléphantiasique se trouve bornée au pubis et à la région hypogastrique. On constate bien mieux les caractères propres du tissu éléphantiasique dans sa première période de formation : œdème élastique, adhérence de la peau au tissu sous-jacent, affaiblissement de la sensibilité cutanée au niveau de toute la partie affectée. On renouvelle le badigeonnage au collodion. Potion au bicarbonate de soude.

Le 30. Les selles ont déjà changé ; elles se présentent une ou deux fois par jour et sont beaucoup moins vertes. La mère ne pouvant plus suffire elle seule à l'allaitement de l'enfant, on est obligé de le soumettre à un régime mixte avec du lait de vache étendu d'eau. L'œdème des bourses et du fourreau du pénis n'a plus reparu. On

maintient le collodion sur la région du ventre affectée. Potion avec du bicarbonate de soude et de la résorcine.

8 octobre. On constate une réduction de l'œdème de la région hypogastrique et pubienne. On insiste auprès de la mère pour que le lait de vache soit administré à l'enfant au moyen de la timbale et non par le biberon, comme elle l'avait fait jusqu'alors.

Le 11. Quatre selles contenant plusieurs caillots de lait. L'enfant pèse aujourd'hui 4 kil. 300 gr.

On applique de nouveau le badigeonnage au collodion.

Après cela, le petit enfant n'a plus été amené au service; on ignore donc le résultat final du traitement employé.

Obs. II. — *Lymphangite provoquée par les pustules vaccinales, éléphantiasis consécutif du bras droit.* — Domingos, fils de Gaston-F. de Castro, blanc, âgé de 4 mois, né à Rio, a été présenté pour la première fois, au service de M. le professeur Moncorvo, le 11 juin 1883.

Cet enfant fut vacciné le 5 juin précédent; le 8, on pratiqua l'ouverture des pustules vaccinales; mais le lendemain le bras et l'avant-bras se présentaient gonflés, rougeâtres et douloureux; il y avait aussi une augmentation de chaleur, la température axillaire étant de 38°,5. Le bras gauche présentait aussi de la rougeur et de la tuméfaction au pourtour des pustules, mais ces phénomènes y étaient à un degré bien moindre.

Le traitement consista dans l'application topique du collodion résorciné, le sulfate de quinine et le calomel; et le petit malade étant ramené au service, quelques jours après, débarrassé de sa lymphangite, la température avait baissé, la rougeur avait disparu, les mouvements pas plus que la palpation n'entraînaient plus chez lui la moindre douleur; en résumé, tous les symptômes inflammatoires avaient tout à fait disparu.

Cependant, si le bras gauche était revenu à ses dimensions normales, l'œdème s'y étant entièrement dissipé, il n'en était pas de même du bras et de l'avant-bras droits. Dans ce membre, bien que les traces de la lymphangite précédente eussent été éteintes, il en restait une autre à constater : l'augmentation de son volume total.

Par la pression du doigt sur cette partie, on remarquait l'empreinte laissée par la pression; mais au delà de cet œdème, on pouvait déjà reconnaître, par l'exploration méthodiquement faite, une certaine résistence élastique tout à fait caractéristique de l'éléphantiasis des

Arabes (éléphancie) à son début. L'enfant fut soumis dès lors à l'usage de la teinture d'iode à l'intérieur et on commença la compression au moyen d'un bandage élastique,

La guérison ne se fit pas attendre, car au bout d'un mois on put la constater. Elle était due à l'emploi immédiat de la compression élastique, aussitôt après la disparition des accidents inflammatoires aigus.

Ce cas a été justement l'un des cas d'éléphantiasis guéris sans l'intervention du traitement électrique, et ces cas se présentent très rarement à l'observateur.

Dans la presque totalité des cas, les malades font appel aux secours de l'art lorsque le tissu éléphantiasique est déjà trop avancé dans son évolution pour qu'une simple compression, même la plus méthodique, puisse agir avec succès.

Il ne faut pas oublier, en tout cas, qu'il s'agissait, dans le cas de cette observation, d'un enfant à peine âgé de 4 mois, époque à laquelle la circulation sanguine est fort active, tandis que les *phénomènes d'absorption* s'exercent de la façon la plus complète. Ce sont là, à coup sûr, des conditions de la plus haute importance, qui favorisent considérablement les métamorphoses régressives qui aboutissent à la guérison de la maladie.

Obs. III. — *Lymphangite et érysipèle de la jambe droite; éléphantiasis consécutif; guérison.* — Pierre, de race blanche, âgé de 2 ans, a été présenté pour la première fois au service de M. le professeur Moncorvo, à la Policlinique, le 12 août 1882.

Cet enfant est d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique assez accentué. Il est le cinquième enfant de la famille, et, d'après les renseignements fournis par sa mère, il n'aurait eu jusqu'alors que la variole dont les quatre autres enfants avaient été affectés à la même époque.

L'évolution dentaire a commencé vers l'âge de 6 mois, sans être jamais compliquée d'accidents sérieux.

A l'exception de la fièvre éruptive, l'enfant se porta toujours assez bien, quoiqu'il fût un peu chétif, jusqu'aux premiers jours du mois d'août 1882, c'est-à-dire quelques jours avant son admission dans le

service. C'est alors qu'il lui survint une lymphangite à la jambe droite, sans que sa mère pût se rendre compte de la cause de cet accident. La période aiguë de la lymphangite une fois terminée, il resta la tuméfaction de la jambe; la peau adhérente aux tissus sous-jacents avec l'endurcissement de ceux-ci; enfin, on put alors constater l'ensemble des caractères de l'éléphancie.

Le 27 août il survint une nouvelle attaque de lymphangite fort intense, siégeant à la même jambe; mais cette fois, ce qui est fort intéressant, compliquée d'une plaque d'érysipèle juxtaposée à la région occupée par l'inflammation des lymphatiques, c'est-à-dire au tiers moyen de la face interne et externe de la jambe et dont le plus grand diamètre mesurait 10 centimètres environ.

Cette plaque, d'une coloration rouge un peu foncée, était limitée par un rebord un peu saillant, et l'on remarquait, sur toute son étendue, un grand nombre de phlyctènes. Le processus inflammatoire aboutit à la suppuration. Il est venu aggraver la situation par rapport à la lymphangite.

L'enfant a été soumis, pendant deux mois, à un traitement dirigé contre cette dernière maladie. Ce traitement consistait dans l'emploi de la teinture d'iode à l'intérieur et dans l'électro-thérapie représentée par des courants faradiques et galvaniques.

En même temps on pratiquait, dans l'intervalle des séances électriques, la compression méthodique au moyen de bandes élastiques.

Au bout de ce temps, le petit malade se trouvait complètement guéri ; d'ailleurs, dès le commencement du traitement, pas une seule crise de lymphangite n'avait reparu.

Obs. IV. — *Éléphantiasis de la jambe droite.* — Albert, mulâtre, âgé de 8 ans, né à Rio-de-Janeiro, fut présenté au service de M. le professeur Moncorvo à la Policlinique, le 23 mars 1885.

La mère de cet enfant est bien constituée et jouit d'une santé régulière. Aucun renseignement à l'égard des conditions de santé du père.

Le malade est l'avant-dernier de cinq enfants, dont le plus âgé compte déjà 19 ans et le plus jeune 1 an.

Il fut soumis dès le début à l'allaitement mixte.

L'évolution dentaire commença vers l'âge de 5 mois, et ne fut compliquée d'aucun accident digne de note.

Le garçon se porta toujours régulièrement bien, et, d'après sa mère, la maladie pour laquelle elle l'amenait au service ne datait que d'une quinzaine de jours environ. Elle commença par une éruption pustuleuse qui envahit les dos des pieds et des deux jambes en devenant plus accusée et plus confluente à la face interne et externe de la jambe droite. Cette éruption était quelque peu prurigineuse, et, au bout de quelques jours, la mère s'aperçut que la totalité du membre abdominal droit se présentait très gonflé et douloureux ; la peau qui le revêt étant fort tendue et rougeâtre. En même temps, l'enfant se plaignait d'une douleur au pli de l'aine du même côté, dont les ganglions avaient augmenté de volume. A côté pourtant de cette inflammation locale, il n'y avait aucune réaction fébrile, l'enfant n'ayant pas même eu de frissons.

Etat actuel. — Enfant rachitique, crâne volumineux, les épiphyses des os longs noueuses. La mère avoue avoir constaté chez l'enfant une alopécie totale survenue vers l'âge de 2 mois.

Les quatre incisives médianes supérieures sont fort altérées et réduites à de petits fragments. Coryza très accusé. D'après la mère, l'enfant eut, à l'âge de 1 an 1/2, une tumeur siégeant dans le conduit auditif externe, qui se termina par une suppuration de longue durée.

La jambe et la cuisse droites sont bien plus volumineuses que celles du côté gauche. La peau de ce membre est tendue et recouverte de taches, de croûtes, de pustules et de cicatrices nacrées éparses ; l'éruption étant plus accusée à la face interne, ainsi que sur le dos du pied respectif.

La palpation et la pression donnent une impression analogue à celle qui résulterait de la compression d'un bloc de caoutchouc non durci. La peau est assez adhérente aux tissus sous-jacents. La consistance des tissus est plus notable au niveau des deux tiers inférieurs de la jambe.

La rougeur inflammatoire a tout à fait disparu. La température de la peau y est normale. La sensibilité douloureuse y est seulement un peu émoussée.

L'enfant se plaint encore de douleurs au niveau du pli de l'aine droite, surtout pendant la marche. Les ganglions de cette région se montrent quelque peu hypertrophiés et sensibles.

Sur la jambe gauche, on ne peut constater que l'éruption déjà décrite ; il est bon de remarquer que les pustules et les croûtes y étaient en plus petite quantité.

Les dimensions relatives des deux membres abdominaux sont les suivantes :

	Membre droit.	Membre gauche.
A la partie moyenne de la cuisse.	30 cent.	27 cent. 1/2.
Au-dessus du genou............	28 —	27 —
Au-dessous —	20 —	19 —
Au niveau des jumeaux.........	21 —	19 —
— des malléoles.........	19 cent. 1/2	14 —

Ce garçon a été soumis au traitement mercuriel; et, après la disparition du syphilliderme de la jambe, il sera soumis au traitement par l'électricité.

Obs. V. — *Éléphantiasis de la face.* — J..., âgée de 7 ans, née dans la province de Saint-Paul, a été soignée dans mon cabinet d'électricité, en 1882.

Cette fille est assez bien développée pour son âge et n'a jamais eu aucune autre maladie sérieuse avant celle pour laquelle elle est amenée à la consultation.

Deux ans auparavant elle fut piquée à la joue droite pendant son sommeil; d'après la famille, la morsure avait été attribuée à une araignée.

Le lendemain de cet accident, la petite J... avait toute la moitié droite de la face très gonflée; l'œdème, très accentué d'abord à la paupière supérieure, gagna peu à peu la face, le front, les oreilles, le cuir chevelu et le côté gauche du cou. L'enfant se plaignait de mal à la tête; elle perdit l'appétit et avait la température élevée. Cet état se prolongea pendant neuf jours au bout desquels les parents pensèrent que tout était fini, car il ne restait qu'un peu d'œdème sur la joue.

Cependant, deux mois plus tard ils constatèrent que les tissus de la joue droite augmentaient d'épaisseur, ce qui rendait cette partie bien plus saillante que celle du côté opposé.

Plusieurs moyens thérapeutiques furent essayés, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; mais la partie augmentait toujours, et la déformation de la face devenait chaque jour plus accentuée.

C'est alors que les parents décidèrent de l'amener à notre cabinet d'électrothérapie.

On observa sur la paupière droite une cicatrice de 1 cent. 1/2 de longueur sur 75 millimètres de largeur.

La tumeur est circonscrite en avant par une ligne passant par la base du nez et le sillon labio-nasal ; en arrière par la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille et par l'angle de la mâchoire ; en haut, par une ligne tirée de l'extrémité supérieure du pavillon à l'angle interne de l'œil droit; en bas, la tumeur ne dépassait pas la région maxillaire. La paupière supérieure, ainsi que l'aile correspondante du nez ont été épargnées par le processus hyperplasique.

Dans la région occupée par celui-ci, on constate la dureté élastique de la joue dans toute son épaisseur ; la peau qui la revêt est lisse, avec sa coloration normale, indolente et fort adhérente aux tissus sous-jacents.

L'enfant fut soumise au traitement électrique, autant par les courants galvaniques que par la faradisation, et, au bout de cinq mois, la guérison était presque complète.

Ses parents, forcés de retourner dans leur pays, la ramenèrent avec eux avant que le résultat du traitement fût achevé.

Obs. VI. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — Elisa, brésilienne, âgée de 8 ans, est présentée au service de M. le professeur Silva Araujo le 31 mars 1883.

La mère de cette enfant est affectée d'éléphancie aux jambes.

La fille a, depuis l'âge de 3 ans, de fréquents accès de lymphangite aux deux jambes.

Dès les premières attaques, les deux jambes furent affectées par la production éléphantiasique qui a toujours fait des progrès.

La maladie affecte la forme dite *levis* ou *glabra*.

Obs. VII. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — Elvira, âgée de 8 ans, née à Rio, blanche, a été présentée au service de dermatologie de M. le professeur Silva Araujo, à la Policlinique, le 29 août 1883.

La grand'mère de cette fille a les deux jambes considérablement augmentées de volume par l'éléphantiasis.

Le père souffre depuis douze ans de l'éléphancie scrotale survenue à la suite d'accès de lymphangite.

Vers l'âge de 6 ans, l'enfant ayant été piquée par un moustique à la jambe gauche, il en résulta une lymphangite.

Plus tard, des accès analogues survinrent ayant pour siège la jambe droite, qui augmenta progressivement de volume, présentant dernièrement les caractères propres des tumeurs éléphantiasiques.

Obs. VIII. — *Eléphantiasis de la jambe et de la cuisse gauches.* — Hugo, âgé de 8 ans, né à Rio, blanc, fut amené au service de M. le professeur Silva Araujo, à la Policlinique, le 6 novembre 1883.

Il y a eu plusieurs crises de lymphangite siégeant au membre abdominal gauche ; la première vers l'âge de 2 ans, la deuxième à 5 ans et la troisième à 7 ans. La première crise fut aiguë, les deux autres suraiguës.

Une sœur de la mère de cet enfant est affectée d'éléphancie, ainsi que sa grand'mère paternelle et une sœur de celle-ci.

Après la dernière attaque d'éléphancie, la jambe et la cuisse gauches furent progressivement envahies par la maladie au point qu'à l'époque de son admission dans le service, la totalité de ce membre avait un volume double de celui du côté opposé. La forme de la maladie est simple, et l'affection a marché de la région malléolaire jusqu'à la racine de la cuisse. Toutes ces régions du membre affecté sont indolentes.

Obs. IX. — *Eléphantiasis de la jambe gauche.* — Juliette, âgée de 9 ans, née à Rio, blanche, a été soignée dans notre cabinet d'électrothérapie.

L'enfant est peu développée pour son âge et d'un tempérament lymphatique fort accusé. Nonobstant, elle n'indique parmi ses maladies précédentes que la varioloïde et la rougeole. Vers l'âge de 5 ans, elle commença à être affectée à plusieurs reprises de lymphangite subaiguë à la jambe gauche. A la suite des premières attaques lymphangitiques, la jambe augmenta progressivement de volume, et lors du premier examen, la jambe affectée présentait tous les caractères de l'éléphancie à mi-chemin.

Cette enfant fut guérie en très peu de temps par l'électrothérapie.

(*A suivre.*)

STATISTIQUE DU SERVICE DES DIPHTHÉRIES A L'HOPITAL TROUSSEAU EN 1885

Par Eugène Revilliod, ancien interne des hôpitaux.

Le service affecté spécialement au traitement de la diphthérie est placé dans un pavillon isolé des autres salles de malades. Chacun des médecins de l'hôpital est alternativement, de deux en deux mois, chargé de la direction de ce service. Nous pourrions diviser cette statistique en prenant pour base de notre division le roulement des médecins : MM. Triboulet, Cadet de Gassicourt et d'Heilly ; mais il nous a paru plus intéressant de considérer la diphthérie d'une part pendant les six mois d'hiver : janvier, février, mars, octobre, novembre et décembre ; d'autre part, pendant les six mois d'été : d'avril en septembre.

Total des malades soignés : 621. Hiver, 345; été, 276.

ANGINES : 142. Guéries, 106 ; mortes, 36.
Hiver. Guérisons, 40 : 65,5 p. 100. Morts, 21. Total : 61.
Eté. Guérisons, 66 : 81,5 p. 100. Morts, 15. Total : 81.

CROUPS : 479. Non opérés : 73.
Hiver. Guéris, 43 ; morts, 4. Total : 47.
Eté. Guéris, 26 ; morts, 0. Total : 26.

Opérés : 406.
Hiver. Guéris, 47 : 19,8 p. 100 ; morts, 190. Total : 237.
Eté. Guéris, 66 : 39 p. 100 ; morts, 103. Total : 169.

On peut voir par ce tableau que les mois d'été ont été moins chargés que ceux d'hiver et que le chiffre de la mortalité s'y est aussi beaucoup abaissé.

Cette différence ne concerne que les croups, car les angines ont été plus nombreuses, quoique moins meurtrières, dans la belle saison.

Le nombre des croups a été de 284 en hiver et de 195 en été.

Nous avons perdu quatre malades chez lesquels la trachéotomie a été jugée inutile parce que la mort était due à l'intoxication générale beaucoup plus qu'à l'asphyxie. En été, tous les croups qui ont pu se passer de l'opération ont guéri.

Sur les soixante-neuf croups non opérés et guéris :

18 n'ont pas eu d'accès de suffocation ;

45 ont eu des accès de suffocation ;

6 ont du tirage permanent, mais ont rejeté des fausses membranes, ce qui a rendu la trachéotomie inutile.

Le résumé des *croups opérés* nous donne un total de 406 trachéotomies pour toute l'année ; de ce nombre, 113 ont guéri, soit 27,83 p. 100.

Si, d'une part, le croup a été moins fréquent en été, de l'autre, la trachéotomie nous a donné de bien meilleurs résultats pendant les mois d'été.

En hiver, nous comptons 47 guérisons sur 237 opérés, c'est 19,8 p. 100:

En été, 66 guérisons sur 169 opérés, c'est 39 p. 100.

Quant aux angines, nous en comptons 142.

De ce nombre, 106 ont eu une terminaison favorable :

86 d'entre elles ont été bénignes ;

20 se sont accompagnées d'accidents plus ou moins sérieux. L'une d'elles a été très grave, cinq ont été compliquées de paralysie, deux de bubons suppurés.

36 angines ont abouti à la mort :

25 avec des accidents toxiques ;

6 avec des accidents de paralysie ;

3 avec de la broncho-pneumonie :

1 avec des convulsions ;

1 avec des hémorrhagies.

Il est intéressant de comparer les résultats que nous donne notre statistique avec ceux des deux années précédentes (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juin 1885).

		1883	1884	1885
Angines...........	Guérisons :	100	118	106
—	Morts :	65	32	36
	Total :	165	150	142
Croups opérés......	Guérisons :	114	120	113
—	Morts :	244	329	293
	Total :	359	449	406
Croups non opérés..	Guérisons :	—	82	69
—	Morts :	—	24	4
	Total :	82	106	73

Enfin, la proportion des guérisons après la trachéotomie a été :

En 1883 : de 32 pour 100 opérés.
En 1884 : de 26,8 » »
En 1885 : de 27,8 » »

CORPS ÉTRANGER DE LA VOUTE PALATINE

SIMULANT UNE PLAQUE GANGRENEUSE.

Par le Dr G. Coupard.

Le chapitre des corps étrangers, bien que déjà très riche, est bien loin d'embrasser toutes les possibilités auxquelles l'esprit du praticien doit toujours être ouvert en pareille matière. Nous croyons devoir faire connaître un fait de ce genre, inattendu par la nature du corps étranger, par l'âge de la

petite malade, qui n'est pas celui auquel se présentent ordinairement de tels accidents, par les transformations dues à un travail inflammatoire ultérieur, qui ne sont pas une des moindres difficultés du diagnostic.

Au mois de décembre 85, Mme D..., vient nous consulter pour sa petite fille âgée de 12 mois.

Depuis dix jours, la nourrice s'aperçoit que l'enfant souffre en tetant, et après avoir examiné la bouche, elle découvre une ulcération sur la voûte palatine.

Dans cet intervalle de temps, Mme D... a consulté les deux médecins de la localité qu'elle habite. Tous les deux ont porté un pronostic grave et ont ordonné une potion et un badigeonnage locodolenti.

Après huit jours de traitement, le mal n'a fait qu'empirer, la succion du sein devient impossible et l'enfant maigrit considérablement.

C'est à cette époque que la mère nous présente sa petite fille.

A 1 centimètre de l'arcade dentaire, sur le raphé médian de la voûte palatine, existe une plaque dure, noirâtre comme une eschare produite par la pâte de Canquoin, mesurant 8 millimètres sur 6, le pourtour est constitué par la muqueuse épaissie, érodée, rouge, faisant sur cette plaque une saillie d'au moins un millimètre de hauteur, surtout du côté droit.

En examinant avec un stylet la consistance de cette surface, en cherchant à relever les bords de la muqueuse qui semblent décollés, nous soulevons sans difficulté cette plaque qui ne présente aucune adhérence. La muqueuse qu'elle recouvre est rouge, granuleuse, purulente.

Un premier examen de ce corps étranger transparent à la lumière, moins foncé sur son bord recouvert par la muqueuse, dur et élastique comme une lamelle de corne, d'une forme presque ovalaire, nous fait penser au péricarpe d'une pomme.

La nourrice, interrogée, avoue que l'enfant mange souvent des fruits.

Pour nous confirmer dans notre appréciation au sujet de ce corps étranger, nous prions M. Dubar, préparateur au laboratoire de la Charité, de bien vouloir en faire un examen histologique.

Voici ce qu'il nous écrivit : ce corps étranger par sa forme rap-

pelle la membrane qui tapisse la paroi des loges de la pomme qui renferme les pépins.

Etudiée au microscope, cette membrane se montre constituée par une agglomération de fibres de forme cylindrique, placées les unes à côté des autres et qui réunies en faisceaux s'entrecroisent en tous sens.

Pour faire la comparaison, j'ai aussi étudié cette membrane provenant d'une pomme, et je l'ai trouvée constituée par les mêmes éléments.

Une fois le diagnostic posé, l'enchatonnement du corps étranger, à la suite d'un processus inflammatoire, n'a pas présenté de sérieuses difficultés, vu le facile accès de la région. On comprend combien cette extraction eût été plus difficile à la glotte, par exemple, où la même condition se réalise souvent. D'où la nécessité d'extraire le plus tôt possible.

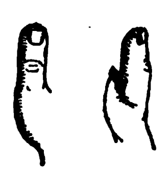
SUR DIVERS FAITS DE POLYDACTYLIE.

Par le Dr Fr. Guermonprez (de Lille).

I. — Dans le cas de polydactylie on discute encore sur le danger de l'ouverture de l'articulation pendant l'opération du doigt surnuméraire : la preuve en est dans le premier fait que



Résultat de deux opérations de pouce surnuméraire sans ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne.



Résultat de la troisième opération avec incision simple, d'abord longitudinale et presque palmaire, puis suivant la partie externe du pli d'opposition.

j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie. Un confrère fit d'abord l'amputation dans la continuité du pouce sur-

numéraire et le pouce repoussa. Il fit une seconde opération selon la même méthode en approchant de plus près la surface articulaire : le pouce repoussa de nouveau. Appelé à ce moment, je proposai la désarticulation, me basant sur les grandes probabilités de guérison sans compromettre les mouvements du pouce normal. Deux autres chirurgiens lillois furent appelés à donner leur avis : l'un appuya ma proposition, l'autre fut d'avis de renouveler les deux premières opérations. Alors intervint l'un des membres justement estimés de la Société de chirurgie qui me fit l'honneur d'appuyer ma proposition. L'opération fut faite par la désarticulation ; l'articulation du pouce normal fut largement ouverte, la réunion fut obtenue par première intention et les mouvements furent restaurés ; ils sont même devenus, d'après la mère de l'enfant, plus étendus qu'avant cette dernière opération.

Le choix de la méthode d'amputation dans la contiguïté est donc justifié.

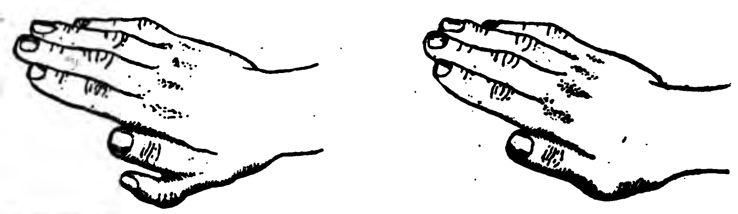
II. — Pour le tracé de la plaie chirurgicale, la méthode à lambeau en V à sommet intérieur ne donne pas un résultat suffisamment beau, au point de vue esthétique. Ma seconde



Résultat de l'opération du pouce surnuméraire par l'incision en V ; — défectueux au point de vue esthétique, — irréprochable au point de vue fonctionnel.

observation en donne la preuve : vingt-cinq ans après l'opération, la cicatrice est visible du côté dorsal et du côté palmaire alors qu'un seul côté suffirait ; elle donne au lambeau une forme vraiment saillante dans les mouvements de flexion et dans ceux d'abduction du pouce ; il se produit alors une sorte de froncement de la peau qui exagère cette saillie.

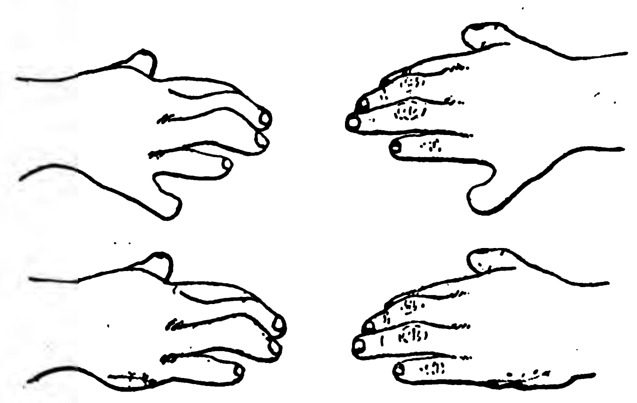
Dans le premier fait, l'incision fut faite d'abord dans le sens longitudinal du côté palmaire assez près de la collatérale



Résultat de l'opération du pouce surnuméraire par l'incision en raquette, avec cicatrice longitudinale et dorsale.

externe du pouce ; elle fut continuée dans le pli d'opposition de celui-ci. Actuellement, la ligne cicatricielle est aussi dissimulée que possible.

Dans la troisième observation, en raison de la condition sociale du sujet, la ligne cicatricielle est rejetée sur le côté dorsal du bord externe et la saillie de la tête du métacarpien



Ablation de deux auriculaires surnuméraires et de la tête bifide du cinquième métacarpien. — Résultats de l'incision en raquette.

reste très visible, d'abord en raison de l'âge plus avancé du sujet, et ensuite à cause de la surface plus large et plus trans-

versale, que la tête métacarpienne offrait au pouce surnuméraire.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une naine dont les deux mains sont au moins disgracieuses. Les auriculaires surnuméraires reposaient l'un et l'autre sur une bifurcation du cinquième métacarpien. A la main droite, l'articulation des deux cinquièmes métacarpiens était commune : elle fut nécessairement ouverte comme dans les trois premiers faits. Chez cette naine, la branche de bifurcation du cinquième métacarpien fut enlevée à l'aide d'une petite scie à marquetterie, la réunion fut obtenue par première intention et la cicatrice, simplement longitudinale et située sur le dos de la main, n'apporte aucune gêne aux mouvements.

Sur le bord cubital de la main, la direction de la plaie opératoire doit donc être simplement linéaire et dorsale.

Sur le bord radial de la main, elle peut être dissimulée dans le pli d'opposition du pouce, et longer en dehors la direction de la collatérale externe du pouce, si la situation sociale du sujet permet d'épargner des travaux ou des efforts de nature à rendre la cicatrice douloureuse. Dans le cas contraire, elle doit être simplement longitudinale et latérodorsale.

III. — L'amputation d'un doigt surnuméraire peut n'être pas seulement une opération de complaisance. Elle est plus



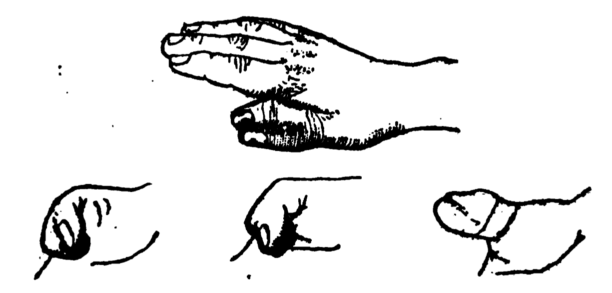


Pouce surnuméraire, presque ankylosé dans son articulation métacarpophalangienne et très défectueux au point de vue fonctionnel.

encore une opération de grande utilité. Dans le sixième fait, le pouce surnuméraire, presque ankylosé dans son articula-

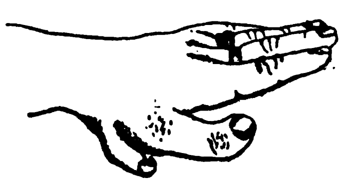
tion métacarpo-phalangienne, demeure toujours saillant ; il apporte une gêne véritable dans l'éducation de la main de l'enfant.

Dans le cinquième fait, il y a lieu de regretter la tempori-



Conséquences de la temporisation : entrecroisement de plus en plus accentué du pouce normal et du pouce surnuméraire.

sation. A mesure que le sujet avance en âge, l'entrecroisement des deux phalanges unguéales s'accentue davantage ; dans l'extension, c'est celle du pouce principal qui est le plus obliquement dirigée; dans le mouvement de flexion, c'est celle du pouce surnuméraire. Cette circonstance est incontestablement nuisible au bon fonctionnement de la main.

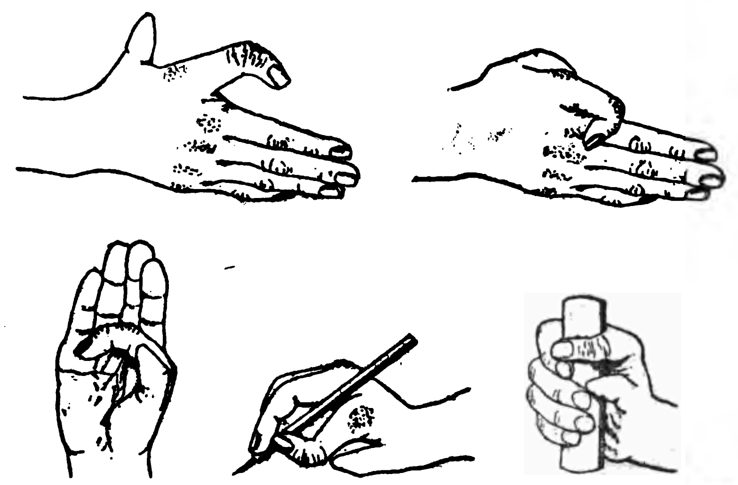


Pouce surnuméraire, peu pénible au point de vue fonctionnel.

Le sujet de la septième observation est arrivé à un âge avancé et ne se trouve guère gêné par son pouce surnuméraire très atrophié ; mais c'est là une innocuité assez rare.

IV. — Les faits d'index surnuméraire ne sont pas nombreux. Le sujet de la huitième observation a un index surnuméraire à chaque main. Circonstance étrange, la main gauche

n'a pas de pouce, et l'index surnuméraire en fait l'office, bien que le premier espace intermétacarpien soit relativement peu étendu. Des trois phalanges de cet index surnuméraire, la première et la dernière ont une longueur normale ; la seconde est notablement plus courte et rappelle la partie analogue des orteils.



Index surnuméraire faisant fonction de pouce, pouvant même, grâce à ses trois phalanges, se trouver fléchi sur la face dorsale de l'index normal. — Non-valeur du pouce, dont les mouvements sont très restreints et la vigueur presque nulle, d'où résulte l'indication de *conserver le doigt surnuméraire* et d'amputer le pouce proprement dit.

A la main droite du même sujet se trouve un pouce à peine opposable, doué d'un mouvement de flexion vraiment rudimentaire au niveau de l'articulation de son unique phalange avec le métacarpien correspondant. L'index surnuméraire est, au contraire, doué de mouvements très étendus, sauf au point de vue de l'écartement du premier espace intermétacarpien : il peut faire la flexion, l'extension, l'opposition ; il peut même être replié sur la face dorsale de l'index normal. C'est lui qui fonctionne pour l'écriture, le dessin, la préhension de tous les objets et pour les efforts de toute nature. Ainsi, on est con-

duit dans ce cas à cette indication chirurgicale peu prévue de conserver le doigt surnuméraire et d'amputer le pouce proprement dit.

OBSERVATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE L'OSTÉOPÉRIOSTITE ET DE L'OSTÉOMYÉLITE.

Recueillies dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, *à l'hôpital des Enfants-Malades.*

Par MM. Florand, Latouche et Barraud.
Internes des hôpitaux.

L'ostéopériostite aiguë et l'ostéomyélite, affections contiguës quant à leur siège, et dont les symptômes se compliquent souvent les uns les autres, présentent des points de ressemblance qui en rendent quelquefois le diagnostic difficile et peuvent amener quelque hésitation dans la conduite du chirurgien.

L'ostéopériostite chronique, le plus souvent accompagnée de carie, n'offre pas les mêmes difficultés. Elle est facile à reconnaître et elle est en possession d'une méthode de traitement que notre maître, M. de Saint-Germain, a contribué à populariser. L'incision avec drainage, le grattage, l'évidement poussé quelquefois jusqu'à d'extrêmes limites, obtiennent tous les jours les meilleurs résultats dans le traitement de l'ostéopériostite chronique. Nous en rapportons quelques cas-types qui feront même ressortir la différence des indications présentées par cette affection avec celles de l'ostéopériostite aiguë et l'ostéomyélite.

Les difficultés propres au diagnostic de l'ostéopériostite aiguë et de l'ostéomyélite perdent beaucoup de leur importance par rapport au traitement, si l'on adopte pour ce dernier la conduite à la fois prudente et résolue de notre maître, M. de Saint-Germain, qui a l'avantage de suffire à toutes les éventualités

sans rien préjuger absolument. Il débute par l'incision périostique, qui a suffi souvent pour amener la terminaison favorable d'un état simulant le typhus des os ; il procède ensuite à la trépanation et n'a recours à l'amputation du membre que quand cela lui est imposé par la marche de la maladie. Il faut dire que le salut dépend souvent de cette mesure extrême prise à propos.

Nous avons choisi parmi de nombreuses observations celles qui sont le plus propres à mettre en lumière les indications de l'une ou l'autre de ces opérations.

Observation I. — *Ostéopériostite ancienne avec carie du grand trochanter ; évidement et grattage ; guérison.* — Lary (Mathias), âgé de 15 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, lit n° 28, le 18 mai 1884.

L'enfant a été soigné et traité, deux années auparavant, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il a, à cette époque, subi une première opération, puis il est parti pour Berck.

Il est revenu de Berck depuis plusieurs mois avec une fistule au grand trochanter. Il sort, par cette ouverture, une assez grande quantité de pus et la marche est assez pénible et douloureuse.

Un stylet introduit dans la fistule permet d'arriver facilement sur la portion d'os dénudée. Pas de séquestre mobile.

24 mars. Après chloroformisation et sans bande d'Esmarch, M. de Saint-Germain fait, au niveau de la fistule, une assez large ouverture et enlève, à l'aide du détache-périoste et de la cuisse, les parties osseuses malades. Pansement de Lister.

La cicatrisation se fait très rapidement, sans aucun accident, et l'enfant part, absolument guéri, pour Forges, le 5 mai. (Florand.)

Obs. II. — *Ostéopériostite du calcanéum ; carie et grattage ; évidement ; guérison.* — Le nommé François (Ernest), âgé de 5 ans, entre à Saint-Côme, lit n° 3, le 4 mars 1884. Il y a une année environ, il s'est produit, sans cause apparente, à la partie postérieure et latérale du pied droit, du gonflement un peu douloureux, mais sans que l'enfant soit empêché de marcher. Ce gonflement resta stationnaire pendant trois ou quatre mois. M. de Saint-Germain, consulté à cette

époque recommanda des badigeonnages de teinture d'iode et un traitement interne à l'huile de morue et au sirop de fer.

Il se produisit une amélioration passagère, mais le gonflement ne diminua pas, et, deux mois avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital, la partie malade rougit et s'ulcéra.

On y appliqua de l'emplâtre de Vigo sans grand résultat. La suppuration devint même assez abondante et l'enfant fut amené à Saint-Côme pour y rester, le 4 mars.

7 mars. Après chloroformisation et application de la bande d'Esmarck, M. de Saint-Germain fait une incision au niveau de la partie ulcérée, et, à l'aide du détache-périoste et de la cuiller, enlève plusieurs fragments d'os carié.

La cavité produite après le grattage et l'évidement est remplie avec de l'amadou phéniqué.

Le 10. Le premier pansement est enlevé. Pansement phéniqué simple.

Le 15. La cicatrisation paraît un peu lente. Pansement à l'iodoforme.

Le 20. Très bon état. La cavité est presque complètement refermée.

L'enfant part, guéri, pour Forges, le 15 avril. (Florand.)

Obs. III. — *Ostéopériostite du tiers inférieur du fémur gauche; fistule; incision; drainage; guérison.* — Rollin (Eugène), âgé de 8 ans, entré le 20 février 1885 salle Saint-Côme, lit n° 26. L'enfant a l'aspect strumeux ; père et mère bien portants ; trois enfants dans la famille ; trois sont morts de cause inconnue ; a déjà eu des abcès, cicatrices adhérentes au niveau de la fesse.

Début de la maladie il y a trois mois ; a fait à ce moment une chute sur le genou.

A la partie inféro-interne du fémur, bourgeon charnu gros comme une noisette, fongueux et fistuleux, rouge, pâle.

Par la pression, douleur sur tout le tiers inférieur du fémur gauche, qui est beaucoup plus gros que le fémur droit.

Extrémité supérieure du tibia plus volumineuse aussi.

Par la pression, il sort, en appuyant sur la rotule, du liquide visqueux, filant, jaunâtre comme blanc d'œuf; probablement synovie; probablement articulation du genou ouverte.

Pas de douleur spontanée, mais douleur à la marche qui, par le fait, est impossible.

Bon état général, bon sommeil, bon appétit.

23 février. *Opération.* — Incision au niveau de la fistule. Il sort une matière d'aspect tuberculeux; le doigt entre dans une très vaste poche qui remonte à 8 ou 10 centimètres vers la racine du membre, en contournant le fémur, qui est sain et non dénudé de périoste, la poche passe en arrière du fémur, entre lui et les adducteurs et la fémorale.

Contre-ouverture à la partie inférieure et externe de la cuisse. Drainage, lavages et pansement phéniqués.

Le 28. Suppuration abondante; pansements phéniqués quotidiens. Bon état général.

2 mars. Suppure beaucoup. Il sort toujours du liquide jaunâtre, filant, comme synovie.

Le 10. Toujours suppuration abondante.

Le 16. Même état; on fait dans la poche des lavages iodés (eau phéniquée avec iode jusqu'à couleur jaunâtre).

Le 24. On enlève le tube à drainage. Mieux sensible; plus de suppuration.

2 avril. Mieux considérable; plus de fistule ni de pus, seulement deux bourgeons charnus en dedans et en dehors, au niveau des incisions.

Le 11. Il sort guéri, avec un pansement par occlusion au Vigo. (Latouche.)

Obs. IV. — *Ostéopériostite du fémur; septicémie aiguë; mort.* — Verrière (Alphonse), âgé de 10 ans, entré le 10 février 1885, salle Saint-Côme, lit n° 5.

Bel enfant. Bonne constitution.

Père et mère bien portants; deux frères et une sœur bien portants.

Il y a huit jours, il a reçu des coups. Souffre depuis quatre jours. Depuis trois jours, tuméfaction.

Garde le lit depuis trois jours.

Le 12. L'enfant se présente avec une tuméfaction considérable de la cuisse, tuméfaction qui commence à 5 centimètres au-dessus du genou et va jusqu'à la racine du membre. Cuisse très grosse, peau

couleur normale, mais très vive douleur aux mouvements et au toucher. Membre droit dans abduction.

On ne sent pas la fluctuation, mais l'os paraît épaissi, et en tout cas la douleur est vive, surtout au niveau de cet os.

De plus, l'enfant se plaint d'une douleur dans l'épaule droite. Rien d'apparent ; surfaces osseuses en place ; jeu libre de l'articulation, mais on éveille une douleur vive par la pression au niveau de l'articulation de la clavicule avec le sternum.

Rien à l'apophyse coracoïde.

Incision large et profonde de la cuisse, à la partie externe ; on va jusqu'au périoste.

Rien ne vient, pas de pus, mais du sang.

Cataplasmes.

Le 13. Enfant bien portant, bon aspect, seulement pâle et un peu fatigué. Ne souffre pas quand on ne le touche pas ou qu'on ne le remue pas.

Le 14. L'enfant va plus mal, et on se dispose à appliquer une couronne de trépan, lorsqu'il sort un flot de pus. Il y avait une poche sous-périostée à la partie interne de la cuisse.

Lavages phéniqués. Cataplasmes phéniqués. L'enfant va plus mal. Teinte terreuse, fièvre ardente, douleurs atroces qui lui font pousser des cris aigus. Douleurs du niveau des jointures déjà précédemment douloureuses (acromio-clavicule, sternales, scapulo-humérale gauche).

On applique sur la partie moyenne du fémur malade une couronne de trépan grande comme une pièce de 1 franc. Il sort du pus phlegmoneux. Lavages phéniqués.

Le 15. Continuation des douleurs, de la fièvre, des cris, etc. Frissons très intenses le soir. Délire violent toute la nuit. Diarrhée. Évanouissements. Mort le 15 février, à 8 heures du matin.

La température s'est élevée à 41°,2 le jour de la mort.

Une autopsie judiciaire a été pratiquée. (Latouche.)

Obs. V. — *Ostéomyélite aiguë du tibia; trépanation ; guérison.* — Le nommé Richard (Charles), âgé de 5 ans et demi, entre le 19 février 1884, dans le service de M. de Saint-Germain, salle Saint-Côme, lit n° 5. Père et mère bien portants. L'enfant n'a jamais eu aucune maladie grave. Bonne santé habituelle.

Depuis un mois environ, douleurs assez vives dans le membre infé-

rieur gauche, sans que l'on puisse rapporter ces douleurs à aucune cause. Depuis huit jours, douleurs plus vives et gonflement avec rougeur de la partie moyenne et de la partie inférieure de la jambe.

L'enfant est amené à l'hôpital le 19 février. Son état général est aussi bon que possible.

Etat local. — Gonflement assez considérable remontant jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la jambe, ne s'étendant pas au delà du cou-de-pied. Rougeur peu accentuée. Douleur spontanée assez vive. Cette douleur est considérablement exagérée par la pression et elle devient intolérable vers l'extrémité inférieure de la diaphyse.

L'articulation du cou-de-pied est saine.

Le 20. L'enfant est examiné de nouveau après chloroformisation. M. de Saint-Germain fait au point le plus fluctuant une incision de 4 centimètres environ parallèle à l'axe de la jambe et en arrivant d'emblée jusqu'à l'os. Il sort par l'ouverture une certaine quantité de pus sanieux. L'exploration de la plaie avec le doigt permet de constater la dénudation de l'os sur une petite étendue.

Le 21. Les douleurs sont moins vives, mais persistent néanmoins. Le gonflement est beaucoup moins considérable.

Etat général assez bon. Cependant l'enfant a de la fièvre et peu d'appétit.

Le 25. L'enfant continue à se plaindre de douleurs assez vives au niveau du point incisé. Il ne dort pas et mange peu.

1er mars. Les douleurs persistent avec la même intensité, bien que l'état général ne se soit pas modifié. M. de Saint-Germain se décide à pratiquer la trépanation du tibia avec une tréphine de 6 millimètres de diamètre environ au niveau de la partie moyenne de la portion de l'os dénudée. Il s'écoule par l'ouverture osseuse une faible quantité de pus.

Pansement compressif avec l'amadou imbibé d'acide phénique, après lavage de la plaie avec la solution phéniquée à 1/40.

Le pansement est retiré le 4 mars. La plaie est en fort bon état. Les douleurs sont beaucoup moins vives et l'enfant a recouvré l'appétit et le sommeil.

Le 4. Pansement à l'iodoforme et à la gaze phéniquée renouvelé tous les quatre jours.

12 avril. Il reste encore une petite fistule par laquelle s'échappent

quelques gouttelettes de pus. Cautérisation légère du trajet fistuleux à la teinture d'iode.

Le 20. La fistule est presque entièrement cicatrisée et l'enfant part pour Forges, guéri complètement. (Florand.)

Obs. VI. — *Ostéomyélite du tibia ; ouverture simple ; amputation de la jambe ; guérison.* — X..., âgée de 12 ans, entre le 15 octobre dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants, salle Sainte-Pauline, n° 7.

Pas d'antécédents à signaler.

L'affection paraît avoir débuté sans cause connue, par des douleurs très vives avec gonflement dans la jambe droite et principalement vers la partie inférieure.

L'enfant est amenée à l'hôpital sur un brancard. Son état général est des plus graves. Facies pâle. Aspect typhique. T. 40°.

L'examen de la jambe permet de constater un gonflement considérable de toute la partie inférieure avec œdème du pied. La tuméfaction est diffuse. La palpation augmente à un degré extrême les douleurs spontanées qui sont très vives et arrachent à l'enfant des cris presque constants. Après, anesthésie qui permet une exploration plus profonde, on trouve une fluctuation profonde étendue à toute la partie inférieure de la jambe. L'articulation est intacte.

M. de Saint-Germain fait, au niveau de la partie inférieure de la jambe, trois longues incisions parallèles en arrivant d'emblée jusqu'à l'os. Il s'écoule par l'incision latérale interne une assez grande quantité de pus. Le doigt introduit par cette incision permet d'apprécier un décollement très étendu du périoste. Cataplasmes phéniqués.

Le 17. Peu d'amélioration ni dans l'état local ni dans l'état général. On propose aux parents l'amputation de la jambe. Ils préfèrent emmener leur enfant qui sort de l'hôpital le 18 octobre, et nous est ramenée le 26 dans un état des plus graves.

Les parents consentent à l'amputation qui est pratiquée le lendemain par M. Florand, interne, sous la direction de M. de Saint-Germain au lieu d'élection. Réunion immédiate. Pansement de Lister. Aucun incident. Deux jours après l'opération, l'enfant reprend de l'appétit et son état général commence à s'améliorer. Trois semaines après l'opération la cautérisation est complète et l'enfant peut se lever.

Dans les premiers jours de décembre, le moignon est gonflé, tendu, douloureux, et bien que jamais l'enfant n'ait présenté de douleurs vers la partie supérieure du tibia on craint une altération de l'os à son niveau.

Le gonflement disparaît après quelques jours de repos et application de cataplasmes et l'enfant sort guérie avec appareil dans les premiers jours du mois de janvier 1885.

Examen de la pièce.— L'épiphyse inférieure est absolument séparée de la diaphyse. Le cartilage de conjugaison est totalement détruit. Le périoste est décollé sur une assez grande étendue et en partie détruit. Les aréoles du tissu spongieux sont élargis et contiennent du pus. L'articulation tibio-tarsienne est saine ainsi que la partie supérieure de l'os au niveau du point coupé. (Florand.)

L'examen de la pièce a permis de constater, dans ce dernier cas, des lésions correspondant aux aspects multiformes de cette redoutable affection. Le décollement du périoste pour l'ostéopériostite aiguë, la séparation de l'épiphyse, pour l'ostéite épiphysaire, l'élargissement des aréoles du tissu spongieux et du canal médullaire pour l'ostéomyélite. L'amputation seule pouvait suffire à ces indications multiples, mais on comprend très bien que l'incision périodique suffise là où la périostite domine seule sans complications notables, dans les tissus sous-jacents.

(*A suivre.*)

REVUES DIVERSES.

Analyses et extraits divers.

Ueber Darmirrigationen und ihren therapeutischen Werth bei Behandlung von Darmkrankheiten im Kindesalter (De l'irrigation intestinale et de sa valeur thérapeutique dans le traitement de certaines affections de l'intestin chez les enfants), par le professeur Monti. (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. VII, Fasc. III, 1886.)

Dans ce travail très étendu, le professeur Monti communique les résultats qu'il a obtenus, depuis neuf ans, par les irrigations dans le traitement des affections intestinales chez les enfants.

L'appareil qu'il emploie dans ces cas se compose, soit d'un entonnoir, soit d'un vase quelconque en caoutchouc ou en métal, d'une contenance de 1 à 2 litres, en communication avec un tuyau en caoutchouc long de 1 à 2 mètres, muni à son extrémité libre d'un robinet. A ce robinet vient s'adapter un tube intestinal, flexible, de la grosseur d'une sonde nº 14.

Comme le dit Baginsky, une sonde bien huilée peut pénétrer jusqu'à 4 ou 5 centimètres dans le rectum sans trouver une grande résistance. Dès qu'une certaine quantité de liquide a pénétré dans l'intestin, une légère pression suffit pour faire progresser le tube qui remonte facilement jusqu'à une hauteur de 15 centimètres dans l'intestin.

Chez les enfants récalcitrants, ou bien lorsqu'on veut pousser le liquide jusqu'à la valvule iléo-cæcale ou bien encore dans les cas où il s'agit d'obtenir une dilatation momentanée de l'intestin, M. Monti recommande d'employer l'obturateur d'Oser. C'est un cône tronqué, en caoutchouc mou, percé à son centre d'une ouverture pour laisser passer le tube intestinal. Cet obturateur, introduit dans l'anus, s'oppose absolument à la sortie des liquides qu'on veut injecter dans l'intestin.

Pour pratiquer l'irrigation, M. Monti fait coucher le petit malade sur le dos, le bassin fortement élevé, et les cuisses fléchies sur le ventre. L'injection est poussée graduellement, d'abord doucement, puis en élevant peu à peu la pression. Dès que l'enfant se plaint, on s'arrête un instant. Le liquide injecté parvient-il à franchir la valvule iléo-cæcale? Ce point est encore en discussion. Mais les expériences faites sur le cadavre tendent à montrer que les liquides injectés avec une pression suffisante, se répandent dans toute la hauteur de l'intestin. D'après les expériences de Rotsch (*Boston med. and surg. Journal*, 1880), une pression de 12 à 13 centimètres est suffisante pour pousser l'eau jusque dans l'estomac et l'œsophage.

M. Monti emploie les irrigations dans les affections suivantes:

Dyspepsie. — Le but thérapeutique des irrigations dans les cas de dyspepsie est de faire disparaître rapidement le météorisme et d'éloigner les ingesta accumulés dans les replis intestinaux. Ces ingesta

qui occasionnent les coliques sont constitués par des débris de caséine non digérée, de matières graisseuses à demi putréfiées de substances amylacées ayant subi la fermentation acide.

Les irrigations intestinales ont, sur les médicaments internes employés communément dans ces cas, l'avantage de ne point irriter la muqueuse stomacale et de ne point troubler la marche de la digestion. Elles sont indiquées toutes les fois que l'on veut supprimer rapidement des coliques qui troublent le sommeil de l'enfant, ou sont le point de départ d'attaques convulsives. Mais ce mode de traitement ne donne des résultats favorables que si le gros intestin est irrigué dans toute son étendue jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Chez les nouveau-nés pesant moins de 3 kilogrammes, 2 à 300 grammes de liquide sont suffisants pour une irrigation complète; chez ceux qui pèsent plus de 3 kilogrammes, on peut injecter 3 à 500 grammes. Durant les quatre premiers mois, la quantité de liquide nécessaire est de 5 à 700 grammes, selon le poids du corps; au-dessus de cet âge, on peut injecter un litre de liquide.

Lorsque le météorisme est très developpé, les irrigations devront être répétées toutes les deux heures; on arrive de cette façon à arrêter les coliques dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures. M. Monti emploie de l'eau pure à 20° Réaumur; Bazinsky injecte habituellement une solution de 5 grammes de sel marin pour 1 litre d'eau.

Coprostase. — Dans les cas intenses, les lavages simples de l'intestin sont souvent incapables d'amener l'évacuation des matières fécales et des gaz. M. Monti emploie le plus souvent des lavages purgatifs: eau purgative de Vienne, infusion de séné, huile de ricin, etc.

Constipation habituelle. — Les lavages intestinaux répondent ici à deux indications : évacuer les matières fécales et combattre l'atonie de l'intestin. Les irrigations de l'intestin au moyen de 1, 2, 3 litres d'eau, selon l'âge de l'enfant, régularisent au plus haut point les contractions péristaltiques.

Lorsque la constipation est le résultat d'un rétrécissement de l'intestin, qu'il soit congénital ou acquis, M. Monti fait d'abord les lavages au moyen d'un tube en caoutchouc mou; il le remplace plus tard, lorsque le rétrécissement a un peu cédé, par une sonde dure, à calibre de plus en plus gros.

Entérite folliculaire. — Widerhofer a l'un des premiers préconisé l'emploi des lavages simples ou désinfectants, dans les cas où les

matières fécales contiennent du pus et dégagent une odeur fétide; plus tard, Hénoch et Baginsky ont également insisté sur la valeur de ce mode de traitement, dont l'usage devrait cependant être limité, suivant ces auteurs, à certaines formes d'inflammations intestinales particulièrement rebelles. D'après M. Monti, les lavages sont indiqués dans tous les cas, légers ou graves, aigus ou chroniques. Lorsque l'entérite n'est pas trop étendue et ne s'accompagne pas de fièvre, il emploie de l'eau à 18° R; existe-t-il de la fièvre, la température de l'eau doit être élevée de 10 à 12°. En général, le premier lavage procure déjà un soulagement marqué, le ténesme est moins douloureux, et les selles sont arrêtées pendant quelques heures.

Dans les cas rebelles, les lavages devront être faits avec des substances astringeantes. M. Monti emploie le tannin à la dose de 10 à 20 grammes ou encore le sous-acétate de plomb à la dose de 5 grammes pour un litre d'eau. Les substances désinfectantes, telles que le chlorure de chaux, l'acide phénique, salicylique, la résorcine sont généralement sans action appréciable dans les cas aigus.

Lorsque l'entérite est chronique, M. Monti préconise l'emploi des lavages à l'eau froide dont la température est abaissée tous les jours de 1°. Veut-on obtenir la désinfection des matières fétides, on emploie l'une ou l'autre des solutions suivantes :

Benzoate de soude.......	30 grammes.
Eau......................	1 litre.
Eau de chaux...........	400 grammes.
Eau simple..............	600 —
Acide borique	10 à 20 grammes.
Eau......................	1000 grammes.
Résorcine	0 gr. 50.
Eau......................	1000 grammes.
Salicylate de soude.......	20 grammes.
Eau......................	1 litre.

Choléra infantile. — Les lavages de l'intestin ne seront suivis de succès qu'au début de la maladie, durant le stade algide; ils sont inutiles sinon dangereux dans la période de collapsus. M. Monti emploie une solution de sel de cuisine à 10 p. 1,000 ou de tannin, 20 p. 1,000,

ou encore de benzoate de soude, 50 à 100 p. 1,000. On a également obtenu de bons effets avec 6 gouttes de créosote pour 1 litre d'eau.

Dysenterie. — Dès le début de la maladie, lavage intestinal au moyen de 1 à 3 litres d'eau à 15° R, selon l'âge de l'enfant ; en même temps, compresses froides sur le ventre, et, comme alimentation, lait, ou thé au rhum glacé. Après l'évacuation des premières matières fécales, lavages avec des substances astringentes ou désinfectantes, répétés plusieurs fois par jour.

Fièvre typhoïde. — On obtient toujours un abaissement de la température au moyen des lavages de l'intestin pratiqués avec une solution de sel de cuisine à 5 p. 1,000 et à 15° R. S'il y a forte diarrhée, solution de tannin à 1 ou 2 p. 100.

Lorsque la fièvre typhoïde présente, dès le début, des températures élevées, irrigations intestinales avec salicylate de soude, 2 p. 100 ou acide salicylique, 1 p. 100.

Invagination intestinale. — Widerhofer, Hénoch, Pilz, Baginsky, Gilette, Archambault, Herz, etc., recommandent de pratiquer soit des irrigations, soit des insufflations d'air, dans tous les cas d'invagination. M. Monti conseille de placer préalablement les enfants dans un bain chaud d'environ 28°, pendant un quart d'heure à une demi-heure. Puis, le malade étant chloroformisé et placé dans la position indiquée plus haut, on procède à l'irrigation. On a beaucoup discuté sur la température qui doit être donnée à l'eau. Widerhofer préconise l'eau tiède, Hénoch l'eau glacée. Il est peut-être préférable de commencer les irrigations avec de l'eau tiède ; — de cette façon, on pourra, grâce à l'atonie de l'intestin, y introduire une grande quantité d'eau — puis de se servir d'eau glacée pour réveiller les contractions péristaltiques qui contribueront puissamment à l'expulsion de la masse d'eau injectée. Richelot, Archambault et quelques médecins américains emploient avec succès, dans les cas d'invagination, des injections d'eau chargée d'acide carbonique. Leichtenstern croit que ces dernières injections excitent d'une façon trop intense les mouvements péristaltiques.

Vers intestinaux. — A. *Oxyure vermiculaire.* — M. Monti prescrit d'abord un purgatif léger, ordinairement une infusion de feuilles de séné, additionnée de sulfate de magnésie et de manne, que les enfants doivent prendre deux matins consécutifs. Le troisième jour, on procède aux irrigations, qui, si l'on veut expulser avec certitude tous les

vers, devront être continuées pendant près de huit jours. Le liquide injecté se compose de savon médicinal, 5 grammes pour 1 litre d'eau.

B. *Tænia.* — M. Monti a combiné la méthode de Mosler avec celle de Bettelheim. Voici en quoi elle consiste :

La veille au matin, lavage de l'intestin avec 1 à 2 litres d'eau tiède; le soir, un deuxième lavage avec : eau purgative de Vienne, 300 à 500 grammes dans 700 ou 500 grammes d'eau. Le lendemain, injection dans l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne, d'une décoction de racines de grenadier (300 grammes macérés dans 1 litre d'eau et réduits à 450 gr.). Dès la première selle, irrigation avec 2 litres d'eau tiède pour faciliter l'expulsion du ver.

Ictère catarrhal. — Dans l'ictère aigu ou chronique, Mosler, Winternitz et Krüll (voir *Berl. lil. Wochenschr.* 1877, n° 12) pratiquent journellement une irrigation de l'intestin, avec 1 à 2 litres d'eau à la température de 12° R. Ils obtiennent ainsi des mouvements péristaltiques plus intenses, qui facilitent l'écoulement de la bile par les voies biliaires.

Dr G. Boehler.

Il soleggiamento nella cura dell' idrocefalo cronico nei bambini lattanti (De l'exposition au soleil comme moyen curatif de l'hydrocéphalie chronique des nourrissons). Communication faite au *Congrès général de l'Association médicale italienne*, à Pérouse, par le Dr G. Somma, dans l'*Archivi di Patol. infant.*, janvier 1886.

Dans une de ses leçons si remarquées de clinique pédiatrique, le regretté frère de l'auteur, le professeur Luigi Somma, avait dit, en 1876, qu'en présence des insuccès obtenus jusqu'ici dans la cure de l'hydrocéphalie chronique, l'*exposition méthodique au soleil* était peut-être le seul remède tendant directement à la guérison.

Le Dr G. Somma s'est attaché à vérifier cette vue clinico-thérapeutique en faisant des recherches dans la littérature médicale et des expériences judicieuses sur les petits malades confiés à ses soins.

Aucun auteur, ni dans l'antiquité, ni dans les temps modernes, ne parle de l'*exposition au soleil*, en vue de ce résultat, sauf une exception.

Dans la traduction italienne de l'ouvrage de Billard, le Dr Nicita, de Milan, traducteur, indique, dans une note, que le professeur Locatelli, également de Milan, s'est, vers 1840, servi de l'exposition au

soleil, dans un cas d'hydrocéphalie congénitale, chez un enfant d'une noble famille de cette cité et avec le meilleur résultat final. Le Dr Nicita, pour son compte personnel, avait obtenu trois splendides guérisons, par la même méthode.

Dans un remarquable article de Breschet, dans le XIe volume du *Dictionnaire de médecine*, cet auteur donne un appui indirect à la méthode ici préconisée en constatant que le principal des remèdes recommandés par Blancard et par Fabricius consistait à tenir toujours la tête de l'enfant chaude, avec une coiffe remplie de sable chauffé ou avec une éponge remplie d'eau très chaude, puis après, soigneusement exprimée. Borsieri conseillait les fomentations de la tête avec du vin chaud aromatisé. Johnston, Perdulcis et Monro recommandaient de couvrir la tête du petit malade avec un berret de laine, qu'on pouvait avec profit imbiber d'huiles essentielles.

Suivent cinq observations : 1° Giulia B..., de Naples, née le 5 juillet 1883. *Hydrocéphalie externe.* Phosphate de chaux liquide; applications vésicantes à la tête, allaitement dans de bonnes conditions; *exposition au soleil;* durée en moyenne de quinze à vingt minutes. Guérison.

2° Enrico N..., né à Naples, le 29 juin 1884. *Hydrocéphalie interne.* Iodure de potassium, phosphate de chaux liquide; excellent allaitement. Exposition au soleil. Guérison complète le 18 février 1885.

3° Petite fille exposée à l'hospice des Enfants-trouvés de Naples, désignée par la marque I. 1319. Crâne un peu déformé avec prédominance des bosses frontales. Circonférence; 44 centimètres. Fontanelle moyenne, large de 8 centimètres; tête inclinée constamment à droite; bras un peu rétractés sur le thorax; membres inférieurs parésiés; nystagmus, strabisme; vomissement assez fréquent; sensibilité générale bonne; réactions à l'électricité intactes. Intégrité des facultés intellectuelles par rapport à l'âge (*Hydrocéphalie interne.* Description type).

Traitement comme plus haut. (Exposition au soleil, par intervalles, eu égard à un catarrhe des bases pulmonaires.

Amélioration sensible pendant cinq mois. Mort par broncho-pneumonie. Liquide dans les ventricules latéraux du cerveau. Pas d'autres lésions encéphaliques.

4° Giuseppe P..., né à Torre del Greco, le 27 août 1884. *Hydrocéphalie externe.* Guérison en trois mois par les mêmes moyens.

5° Petite fille, G. 1161. Hospice de l'Annunziata, née le 13 septembre 1879. *Hydrocéphalie externe syphilitique.* Iodure de potassium et calomel chaque jour en alternant. Phosphate acide de chaux, une bonne nourrice et exposition au soleil. Cure pendant plus de deux mois, suspendue à cause d'un catarrhe bronchique subaigu, reprise après la guérison.

Guérison complète de l'hydrocéphalie.

Modus faciendi. L'exposition au soleil, employée méthodiquement, comme moyen curatif, devra être exécutée de la manière suivante :

Le petit malade sera confié aux bras d'un assistant, homme ou femme, pourvu que ce ne soit pas sa mère, ni même sa nourrice. Il sera la tête découverte et l'occiput tourné dans la direction des rayons solaires, par un temps découvert. Celui qui tient l'enfant dans ses bras reste immobile ou au moins tranquille. La durée de l'exposition sera d'une demi-heure ou un peu moins pendant les quatre ou cinq premiers jours ; elle s'élèvera graduellement et lentement à quarante et même à cinquante minutes. Une séance suffira par jour et l'on suspendra le traitement pendant les grands froids de l'hiver ou pendant les jours d'été, quand la température atmosphérique est trop forte.

Lymphatic leukœmia in childhood. (De la leucémie lymphatique dans l'enfance), par le Dr John M. Keating. Lecture faite devant la *Société d'obstétrique de Philadelphie. Med. News*, nov. 21, 1885.

Cette maladie est intéressante, à cause de sa rareté clinique.

Leucémie signifie : l'hyperplasie des organes hématopoiétiques avec anémie et augmentation du nombre des corpuscules blancs.

Il y en a trois variétés : la splénique, la lymphatique et la médullaire.

Il y a une leucémie de tous les âges. Osler en a constaté un cas chez un enfant de 8 mois.

Les symptômes les plus importants sont les caractères insidieux du début ; l'aspect anémique ; les hémorrhagies nasales et autres ; la diarrhée fréquente et les autres troubles gastro-intestinaux. La rate est hypertrophiée ; elle peut aussi devenir une entrave à la circulation et même gêner la respiration. Après un temps plus considérable, le foie aussi est hypertrophié. Les tonsilles et les follicules du pha-

rynx, les ganglions lymhatiques intra-abdominaux sont également grossis. Il y a de la fièvre et cette fièvre augmente à mesure que l'affection progresse. Elle appartient ordinairement au type rémittent. Mais les caractères les plus importants, ceux sur lesquels l'auteur insiste surtout, sont relevés par l'examen microscopique du sang.

Chez une petite fille de 4 ans et 5 mois, soignée par le Dr J. W. Gadd et auprès de laquelle le Dr Keating a été appelé en consultation, les symptômes de la leucémie la plus grave ayant débuté vers août 1884, par un peu d'inflammation et d'œdème autour des yeux, suivi bientôt par l'inflammation de toute la paupière, ont amené récemment la mort.

Le sang examiné au microscope a présenté les particularités suivantes :

Les corpuscules rouges ne sont altérés, ni dans leurs dimensions ni dans leurs formes.

Les corpuscules incolores (blancs) sont considérablement augmentés en nombre. Il y en a 50 à 60 dans le champ du microscope (Hartnack). Ces corpuscules varient d'une manière remarquable dans leurs dimensions. Un grand nombre sont petits et n'ont pas plus d'un tiers de la taillle des plus grands. Ils ressemblent aux petites *cellules incolores* dont Virchow a constaté la présence dans les cas de leucémie lymphatique. Plusieurs des cellules ont de faibles mouvements amiboïdes. On n'a pas observé de *corpuscules rouges à noyau.* Les masses granulées de Schultze, souvent abondantes dans la leucémie, sont rares.

La relation entre l'accroissement en nombre des corpuscules incolores notée plus haut et l'accroissement dans leurs dimensions des glandes et du tissu cytogénétique n'est pas facile à expliquer. L'accroissement en dimensions et l'hyperplasie de la rate dans la leucémie et dans l'anémie sont histologiquement identiques. On doit se rappeler que la théorie du changement des globules blancs en globules rouges n'est pas encore suffisamment démontrée, pas plus que l'explication de l'excès en nombre des globules blancs par l'impuissance de ces derniers à se transformer en globules rouges.

Dans des cas comme celui qui a été rapporté, le pronostic peut être atténué quand la maladie est constatée dès son premier début, il peut même devenir favorable à la condition expresse d'un traitement énergique dont les principaux traits seront : le grand air, un régime approprié, le fer, la quinine, l'arsenic et le bain salé; mais dans les cas

avancés qui ont échappé trop longtemps à l'attention à cause du caractère insidieux des débuts un dénouement fatal est presque inévitable.

Eclampsia in early life (De l'éclamsie dans les premiers âges de la vie), par le Dr Healy, dans le *N. Y. Med. Journ.* et *the Arch. of therap.* du 15 novembre 1885.

Dans le système nerveux de l'enfant, c'est l'élément spinal qui domine sur l'élément cérébral, par rapport à l'activité et cela est, bien qu'il en soit ainsi, puisque tous les pouvoirs de l'économie chez l'enfant sont consacrés au travail de la croissance, bien avant qu'il ait des idées à formuler.

Le terme de *convulsions* est appliqué à différentes formes d'affections spasmodiques dans lesquelles l'innervation musculaire est dérangée ou pervertie de façon que les mouvements deviennent irréguliers et automatiques.

Une classification des convulsions en deux variétés : *congestives* et *anémiques* semble s'imposer.

Le premier but du traitement est de diminuer le spasme.

Généralement, un bain de moutarde chaud suffit, avec respiration d'un agent capable de piquer fortement la membrane olfactive; puis les bromures, le chloral et l'assa fœtida, par la bouche et en lavements.

Si les convulsions, en continuant, prennent un caractère sérieux, il faut avoir recours aux inhalations de chloroforme et d'alcool jusqu'à ce qu'on soit venu à bout du spasme et que l'on puisse se mettre en quête de sa cause.

L'injection hypodermique de chloral et l'inhalation de nitrite d'amyle avec injection de morphine n'ont jamais été nécessaires dans la pratique du Dr Healy.

Quand le pouls est plein et dur, on doit penser à la congestion; quand il est faible et mou, on doit penser à l'anémie ou à la syncope.

Il faut examiner la tête pour voir si elle est fraîche ou brûlante, si les yeux sont congestionnés ou naturels, si la face est rouge ou pâle, si les gencives sont rouges ou enflées.

130 pulsations à la minute, avec céphalalgie, vomissements et fièvre indiquent un trouble des organes digestifs. Diagnostiqué à son

début, ce trouble peut être conjuré par un purgatif avec calomel et ensuite par le bismuth et le bicarbonate de soude.

Un pouls lent (40 pulsations) peut marquer le commencement d'une méningite et alors les bromures rendent de signalés services.

S'il y a eu diarrhée, si la tête est fraîche, le pouls faible, il faut donner un peu d'eau-de-vie étendue d'eau.

Il y a des cas où l'on trouve que ce sont des flatuosités accumulées dans les intestins qui ont causé les convulsions; alors le ventre est enflé. Il faut faire alors des frictions avec de l'eau de moutarde chaude et administrer un carminatif, comme la menthe poivrée, l'anis.

Diffuse sclerosis of Brain in an Infant (Sclérose diffuse du cerveau chez un enfant). *Reports of the Pathological Society of London*, par le Dr H. Ashby, in *Brit. med. Journ.*, 3 janv. 1886.

Le Dr Ashby montre un spécimen de sclérose diffuse du cerveau avec lésions descendantes de la moelle chez un enfant de 22 mois.

Pas d'antécédents syphilitiques reconnus du père et de la mère, mais pendant les premiers mois de la vie l'enfant a souffert de coryza chronique, sans éruptions caractéristiques.

Accouchement facile. L'enfant a semblé idiot depuis sa naissance. Il n'a jamais ni vu, ni entendu; il n'a pu reconnaître personne. Dès les premiers jours après sa naissance, il a eu des convulsions latéralisées surtout du côté droit.

Quand il a été vu à l'âge de 8 mois, il avait eu un nystagmus très accentué; il était évidemment sourd et muet; ses membres devenaient rigides de temps en temps, son bras droit étant plus rigide que le gauche. La rigidité s'est accentuée à l'âge de 1 an. Les coudes étaient raidis à angle droit et les jambes dans l'extension. Son état s'aggrava de jour en jour, et il mourut à l'âge de 22 mois.

A l'*autopsie* on trouva un liquide épanché sous la dure-mère; le cerveau semblait avoir fui le contact avec le crâne. L'arachnoïde était épaissie; la pie-mère consistait en un grand nombre de vaisseaux flexueux, mais elle se laissait facilement détacher de la surface du cerveau; les surfaces convexes des deux hémisphères étaient bien marquées, mais on ne trouvait pas de trace de la fissure de Rolando, ni des autres fissures marquant les circonvolutions. Les lobes frontaux étaient granuleux. Des coupes pratiquées dans ce cerveau ne

laissaient voir que peu de différences entre la substance grise et la substance blanche ; cette dernière paraissait avoir subi un processus induratif. Les ventricules latéraux étaient très dilatés, surtout au niveau des cornes descendantes.

L'examen histologique de la substance grise décelait un épaississement des petits vaisseaux, l'épaississement des espaces circumvasculaires, la disparition presque totale des cellules caudées et un état fibrillé de la névroglie.

Il y avait aussi une dégénération marquée descendante des pyramides, de la moelle allongée et des tractus médullaires.

Le Dr Ashby croit qu'il est assez difficile d'assigner au cas une étiologie certaine ; il considère comme probable l'existence d'une méningo-encéphalite pendant la vie fœtale, d'où est résultée une destruction de la matière grise à la surface du cerveau, avant même que les circonvolutions ne fussent formées. La dégénération descendante de la moelle aurait été la conséquence de cet arrêt de développement.

Le Dr Thomas Barlow croit que des exemples de ce genre sont susceptibles d'éclairer certains points obscurs de la pathologie cérébrale dans l'enfance. Il a eu lui-même l'occasion de montrer à la Société une pièce appartenant à la même catégorie de lésions. Il s'agissait d'un enfant microcéphale dont la lésion remontait probablement à la vie intra-utérine. Le cerveau était très petit et les os du crâne s'étaient affaissés. La méningite avait été limitée à la surface convexe des deux hémisphères et aux ventricules latéraux. Sur la ligne médiane à la surface des lobes temporo-sphénoïdaux, il y avait des circonvolutions indiquées, mais pas sur la surface convexe. Les produits de l'inflammation étaient devenus en partie calcaires. La sclérose du cerveau, comme Hayem l'a fait remarquer, a souvent, pour point de départ, la méningite.

Le Dr Hale White dit que les conditions pathologiques du cerveau dans les cas cités étaient analogues à celles qu'on rencontre dans la *paralysie générale des aliénés.* Il demande si les pupilles étaient égales chez ce malade. Le Dr Ashby dit que la pupille droite était plus large que la gauche.

Nefrite difterica primitiva (Néphrite diphthérique primitive), par le Dr G. Guidi. in *Archiv. di Patol, infant.*, janv. 1886.

Le Dr Guidi rapporte deux cas de *néphrite diphthéritique primitive* observés à la consultation et ensuite à la clinique pédiatrique de l'*Istituto di studii superiori et di perfezionamento*, à Florence (professeur M. R. Levi), sans qu'aucun cas de ce genre ait jamais, à sa connaissance, été rapporté par les auteurs anciens ou modernes.

Un autre intérêt s'ajoute encore à celui-là, c'est que les deux cas en question ont été observés chez deux sujets d'une même famille, liés par les liens fraternels. Il est probable que, dans la pratique courante, un certain nombre de faits du même genre échappent au diagnostic, en raison même des localisations si fréquentes de la diphthérie, soit à l'isthme du gossier, soit à d'autres points de l'organisme accessibles directement à l'examen.

Julia, 5 ans, et Alfred, 8 ans. Père souvent malade de bronchite; mère d'une santé convenable Un petit frère, Humbert, mort à l'âge de cinq mois, d'une méningite. Autre frère, puîné, Jules, éprouvait par intervalles un écoulement sanguin purulent de l'oreille, alternant avec un œdème de la face, qui habituellement cessait à l'apparition de l'otorrhée. A la fin de février, Jules fut atteint d'une angine diphthéritique et mourut. Vingt-quatre heures à peine, après sa mort, sa mère constata chez sa petite fille Julia une enflure de la face, qui s'étendit bientôt aux membres inférieurs, au ventre et à presque toute la surface du corps. Dépérissement, selles liquides, inappétance, fièvre modérée. Examen de l'enfant par un médecin qui ne trouve pas d'exsudats diphthéritiques. Diminution progressive et coloration rouge des urines que la mère qualifie de sanguinolentes. Persistance et augmentation d'intensité de la fièvre. Consultation à la clinique (salle du professeur Levi). Diagnostic de néphrite infectieuse d'origine diphthéritique porté dès le début et confirmé par un nouvel examen. Admission.

A ce moment l'enfant avait encore de l'œdème dans le membre inférieure, œdème diminué d'ailleurs depuis les premiers examens et quelques traces à peine d'autres œdèmes. Température environ 38°,3 cent. Pâleur générale de la peau; yeux enfoncés dans leur orbite, épithélium de la langue desséché et comme roussi, muqueuse de la bouche pâle, tonsilles et portions accessibles à la vue de l'isthme du gosier, normales, sécrétion nasale normale, absence de toux et d'autres troubles des voies respiratoires, pouls rapide et dépressible, premier bruit du cœur, à peine accentué à la pointe. Examen des viscères

abdominaux totalement négatif, pas de douleur, soit spontanée soit provoquée, dans la région rénale.

Urine des premières vingt-quatre heures, environ 500 cent. cub., à réaction acide ; densité 1021, abondante en sédiments salins ; quelque peu de mucus vésical et d'albumine, absence complète de sang. Repos, administration d'un léger purgatif, diète lactée, sudation, diurèse. Effets très rapidement favorables de ce traitement. Augmentation des urines dans les vingt-quatre heures ; diminution de leur densité, diminution notable, puis suppression totale de l'albumine. La mère insiste pour ramener sa fille chez elle le 22 mars ; elle est obligée de la représenter de nouveau à la consultation le 4 avril avec des urines diminuées en quantité et chargées d'albumine, du dépérissement. Traitement à domicile par l'acide gallique, le lait, l'enveloppement et le repos.

Ce traitement, scrupuleusement suivi, amena enfin une guérison durable, constatée par un examen ultérieur où on ne retrouva pas de traces d'albumine.

Le frère de la précédente, Alfred, trois jours à peine après la mort de son petit frère Jules (3 mois), commence à montrer de l'œdème de la face et de l'œdème léger du membre inférieur. Comme antécédents personnels, cette enfant a eu des affections catarrhales des voies respiratoires et entre autres une bronchite grave, à la suite d'une rougeole, trois ans auparavant. Enfant d'aspect débile, mais pur de rachitisme.

Au moment où sont apparus les œdèmes indiqués plus haut, les urines ont diminué notablement en quantité et quelquefois l'enfant a accusé de la douleur dans la miction. Troubles gastro-intestinaux. L'œdème de la face et celui des membres inférieurs augmentent notablement, s'étendant au bas-ventre et aux membres supérieurs. Epistaxis répétées pendant la nuit.

A ces faits, constatés dès la première apparition de l'enfant à la consultation, s'ajoutent les résultats de l'examen des urines : réaction légèrement acide ; augmentation notable de la densité (1010) ; richesse en urates et en phosphates ; beaucoup d'albumine. Traitement à domicile, analogue à celui du cas précédent. Résultats favorables. La mère se décide à laisser l'enfant à la clinique le 10 mars.

Il présentait à ce moment de l'œdème de la face (moins accentué qu'à sa première présentation), à la paroi abdominale, à la

face interne des cuisses, aux jambes et aux cous-de-pied. Teint pâle; aspect sommolent. Le cœur, à l'auscultation, faisait entendre un renforcement du premier temps, à l'orifice de l'artère pulmonaire et rien autre chose de remarquable; murmure vésiculaire un peu accentué; résonnance normale des parois thoraciques; examen des organes abdominaux, négatif. Deux selles liquides dans les premières vingt-quatre heures : température du soir 38°,1 cent., normale le matin du lendemain ; urines des premières vingt-quatre heures 500cc.; densité 1015 ; très riches en urates et en phosphates ; chargées d'albumine.

L'application du traitement déjà décrit donna les mêmes résultats. Le troisième jour, les urines s'élevèrent au chiffre de 1,000 cc.; densité, 1014 ; peu d'albumine.

Le 20 mars, outre la crème de tartre et la mixture diurétique de Graves, on donne une décoction de quinquina. Disparition complète de l'albumine ; urines, 1,800 cc. dans les vingt-quatre heures ; densité, 1007 ; l'état général s'améliore de jour en jour. L'enfant retourne chez lui, subit une rechute et guérit définitivement par le même traitement qui a réussi à sa sœur.

Après avoir rapporté ces deux intéressantes observations, l'auteur en fait un commentaire savant et judicieux en s'attachant à répondre aux trois questions suivantes :

Peut-il exister une infection diphthéritique en l'absence des localisations ordinaires de la diphthérie à l'isthme du gosier ou en d'autres points susceptibles de tomber sous l'observation de nos sens?

Peut-il se trouver, dans le rein, des localisations primitives du processus diphthéritique, prenant les caractères d'une néphrite qui, dans ce cas, serait une néphrite primitivement diphthéritique?

Peut-on faire rentrer le complexus symptomatique, mis en évidence par les observations relatées plus haut, dans le cadre clinique de la néphrite primitive?

Del latte come rimedio preventive dell'albuminaria renale nei scarlatinosi (Du lait comme remède préventif contre l'albuminurie rénale des scarlatineux), par le Dr Cesare Musatti, dans l'*Archivio di Patologia infantile*, de janvier 1886.

Tout le monde sait que la néphrite, chez les scarlatineux, n'est

pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie éruptive. L'auteur a pu constater dans sa pratique que la diète lactée, instituée au début de la maladie, est le meilleur des remèdes pour prévenir les complications rénales.

Le professeur Jaccoud, qui s'est servi avec succès de ce moyen, attribue à son emploi le résultat extraordinaire qu'il a obtenu. En présence du chiffre énorme des albuminuries rénales dans la scarlatine, variable, d'après les auteurs, dans chaque épidémie, et pouvant s'élever à 50 p. 100 (en tenant compte des cas légers, aussi bien que des cas graves), il se félicite de ne jamais avoir vu chez les scarlatineux confiés à ses soins *un seul cas d'albuminurie rénale.* Pour lui, le véritable traitement prophylactique de cette complication est le régime lacté, *dès le premier jour de la maladie*, sans attendre l'apparition de l'albumine dans l'urine. Le lait seul pour toute boisson, tout aliment et tout médicament; trois litres par jour, s'il est possible (1).

Quand bien même il serait absolument prouvé, ce que n'admet pas le Dr Cesare Musatti, que le traitement de la scarlatine par les bains froids, préconisé par LEICHTENSTEIN (2), a une valeur égale pour la prophylaxie de l'inflammation rénale, les difficultés propres à l'emploi de ce dernier traitement, la nécessité de répéter les applications froides très souvent dans les cas où la fièvre est intense, le collapsus que peuvent amener ces applications, qu'il faut quelquefois renouveler toutes les heures, la répugnance ou la maladresse des familles, sont des motifs suffisants pour le praticien de réserver le traitement par le bain froid pour les cas de fièvre intense à complications nerveuses imminentes, et d'employer le traitement lacté dans tous les cas.

Dr Pierre-J. MERCIER.

De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, par le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, ancien interne des hôpitaux (Thèse inaugurale) (3).

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 7 mai 1885.

(2) Leichtenstein. *Traitement de la scarlatine*, in *Arch. di Pat. infant.*, fasc. 4 et 5, an. I.

(3) Paris. Asselin et Houzeau, in-8, 1886.

La broncho-pneumonie, si fréquente aux premiers temps de la vie, est-elle complètement dissemblable de la pneumonie lobaire, tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'à celui de l'étude clinique? Le problème ne semble pas encore résolu complètement.

Il y a peu d'années, l'opinion généralement admise était que, dans les premiers temps de la vie, la pneumonie revêt généralement la forme lobaire.

Pour beaucoup d'auteurs, maintenant, toute inflammation du parenchyme pulmonaire, survenant chez un enfant au-desous de 2 ans, doit être considérée *a priori* comme étant de nature broncho-pneumonique.

Les prétendues pneumonies observées à cet âge ne seraient que des broncho-pneumonies à formes spéciales, méconnues : broncho-pneumonie à forme lobaire (Damaschino), à noyaux confluents (Joffroy), pseudo-lobaire suraiguë (Cadet de Gassicourt).

Quelques auteurs, tout en considérant la pneumonie lobaire des jeunes enfants comme très exceptionnelle, la mentionnent seulement (Damaschino, Cadet de Gassicourt, etc.). D'autres enfin, admettant la fréquence beaucoup plus grande de la broncho-pneumonie, affirment néanmoins l'existence de la pneumonie lobaire, en se basant sur des faits nombreux bien observés (J. Simon, Labric, Descroizilles, Rilliet et Barthez, Sanné, Picot et d'Espine).

M. le Dr Carron de la Carrière a réuni, dans sa thèse inaugurale, un certain nombre d'observations qu'il lui a été donné de recueillir pendant son internat à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. J. Simon. C'est sous l'inspiration et la direction de cet excellent maître qu'il a accompli son travail.

Dans la première partie, il expose les diverses opinions émises par les auteurs et les difficultés du problème compliqué par les similitudes que présente quelquefois la broncho-pneumonie avec la pneumonie lobaire.

Dans la deuxième partie, il rapporte plusieurs observations démontrant, à son avis, l'existence de la pneumonie lobaire fibrineuse (croupale des Allemands) chez des enfants âgés de moins de 2 ans.

M. le Dr J. Simon qui, dans une pratique déjà longue, a eu l'occasion de soigner un grand nombre de nourrissons, n'a aucun doute sur l'existence de la pneumonie franche à cet âge : il en a observé plusieurs cas, et c'est un sujet sur lequel il se plaît à insister dans

ses cliniques, si instructives et si suivies. M. le Dr Labric a la même opinion et, comme preuve de son assertion, il a cité à l'auteur plusieurs faits tirés de sa nombreuse clientèle. M. Descroizilles a dit, dans son *Manuel de pathologie et de clinique infantiles* (p. 372) : « On a dit, à tort, que la pneumonie lobaire ne se déclarait pas chez les enfants âgés de moins de cinq ans; mais on l'a rencontrée en réalité chez des sujets qui n'avaient pas six mois. »

En général, une pneumonie lobaire a terminé son évolution au bout de sept jours.

Ni le mode de début ni l'examen direct de la poitrine ne peuvent servir pour différencier la broncho-pneumonie de la pneumonie, mais la courbe thermométrique est un moyen sûr pour les reconnaître.

Jurgensen, en réunissant 721 observations thermométriques empruntées à Griesinger, Lebert, Naunyn, Thomas, Wunderlich et Ziemsenn a montré que, dans les deux tiers des cas, la fièvre tombe entre le cinquième et le septième jour, et que, sept fois sur huit, elle a lieu par *crise* et non par *lysis*.

Ainsi, toute affection pulmonaire aiguë débutant brusquement, évoluant en sept jours, se terminant par une crise au septième jour, est une pneumonie franche.

Suivent trois observations, appuyées sur des courbes thermométriques.

Trois enfants, âgés de 11, 19 et 20 mois, ont présenté une affection pulmonaire ayant évolué suivant le type de la pneumonie franche.

La marche de la température, la durée de la maladie, ont prouvé qu'il n'y a pas eu seulement de la congestion pulmonaire dont les caractères distinctifs sont, comme l'a très bien démontré M. Cadet de Gassicourt, la brièveté et la mobilité.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Avril 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SCARLATINE

DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS A PARIS (1)

Par le Dr Auguste Ollivier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Permettez-moi, Messieurs, de vous entretenir un instant de deux petites épidémies de scarlatine que j'ai eu l'occasion d'observer récemment dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades. Ce sont là des faits communs sans doute; ils n'en sont pour cela que plus démonstratifs. La scarlatine n'est point, vous le savez, une maladie qu'on a le droit de mépriser ni de considérer comme un accident inévitable et sans gravité. Aussi doit-on prendre toutes les précautions nécessaires pour s'en préserver.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 16 mars dernier.

Voici dans quelles circonstances sont survenues ces épidémies.

Le 22 octobre dernier, une petite fille de 6 ans, Rouillard (Virginie), est admise, pour une scarlatine contractée en ville, au nº 17 de la salle Sainte-Élisabeth, réservée aux cas aigus. Cette enfant est en même temps atteinte d'une teigne tondante. La fièvre éruptive suit son cours ordinaire et ne présente aucune complication.

Le 2 décembre, c'est-à-dire quarante et un jours après le début, on fait prendre un bain à la jeune malade, on change ses vêtements, puis on la transfère au nº 17 de la salle Sainte Rosalie, spécialement consacrée au traitement des teignes.

Sept jours après, le 9, une autre enfant de cette même salle, Roger (Juliette), présente à son tour les symptômes de la scarlatine. On la fait passer aussitôt à Sainte-Élisabeth, où elle séjourne sans accidents jusqu'au 20 janvier. A cette époque elle retourne dans son ancienne salle après avoir été soumise aux mêmes mesures de précaution que la malade précédente.

Une semaine ne s'était pas écoulée que deux autres petites filles, âgées la première de 6 ans, la seconde de 4, étaient atteintes presque en même temps. A quelques jours de là, trois enfants étaient encore prises successivement et à intervalles rapprochés. L'une d'elles eut une angine diphthéritique dont elle guérit heureusement assez vite.

Comme on le voit, la scarlatine fut importée deux fois dans la salle Sainte-Rosalie, par des malades venues de la salle Sainte-Élisabeth, alors qu'on avait pris la précaution de leur donner un bain et de désinfecter leurs vêtements, alors aussi qu'il s'était écoulé plus de quarante jours depuis le début de leur affection.

Ce qui s'était passé à Sainte-Rosalie se reproduisit dans la salle Sainte-Élisabeth. Une petite fille atteinte de scarlatine y fut transférée du service de chirurgie ; elle ne tarda pas à transmettre sa maladie à cinq autres enfants âgés de 4 à 11 ans, et admises pour des affections diverses. Chez deux d'entre elles l'angine fut très intense et s'accompagna d'un énorme

gonflement des ganglions du cou. Toutes guérirent de leur scarlatine, mais l'adénopathie persiste encore et est lente à se résoudre.

Je dois ajouter qu'à la même époque des cas intérieurs de scarlatine se sont également développés par contagion dans les salles de mes collègues.

Vous savez, Messieurs, combien sont fréquentes les épidémies analogues à celles dont je viens de vous parler. Ne peut-on rien faire pour les prévenir? Doit-on les attendre avec résignation, se réservant de soigner les malades le jour où nous apercevons l'éruption? Il me semble qu'il y a là une question d'hygiène hospitalière pour la solution de laquelle on n'a rien fait ou presque rien. La scarlatine est contagieuse, nous l'admettons tous : nous l'admettons si bien qu'à force de le dire, nous avons réussi à faire pénétrer l'idée de contagion parmi les gens du monde. Et si, dans notre clientèle, nous avons à soigner un scarlatineux, nous sommes souvent surpris de voir que des mesures rationnelles d'isolement ont été prises spontanément dans les familles.

A priori, il semble que dans des établissements construits pour un but spécial, dirigés administrativement et dans lesquels, par conséquent, il est possible d'obtenir un ordre et une discipline que l'initiative privée ne saurait fournir ; il semble, dis-je, qu'on pourrait arriver bien près de la perfection. Or, la perfection hospitalière, la voici :

Aux Enfants-Malades, les scarlatineux sont soignés dans les salles communes, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables à la diffusion de leur maladie, puisqu'ils ont des rapports de tous les instants avec d'autres individus que leur âge et leur état de santé rendent plus aptes à contracter la scarlatine.

Aux Enfants-Assistés, l'isolement se fait, dit-on, mais il faut avouer qu'il est vraiment conventionnel. Pour tout l'hospice, il y a six ou huit lits d'isolement, de telle sorte que, quand le

chiffre des scarlatineux dépasse le coefficient administratif, il faut de toute nécessité les placer dans les autres salles.

A Trousseau, il n'existe pas de pavillon spécial. On a cloisonné les salles existantes ou bien on a eu recours à quelques-unes des petites salles dont se compose un même service. Mais le personnel reste le même, et les communications se font par de larges ouvertures. L'obstacle à la contagion est donc insuffisant.

Je me plais, toutefois, à reconnaître que l'Administration fait de louables efforts pour rendre inoffensifs les objets qui ont servi à un malade atteint d'une affection contagieuse quelconque. En cas de sortie ou de décès, le linge, les effets, la literie sont passés à l'étuve et la couchette soigneusement désinfectée. S'il s'agissait d'un milieu réfractaire aux influences morbides, ce serait parfait; mais tandis qu'on s'occupe de tout ce qui touche directement le malade, on ne songe ni aux parquets, ni aux murs, ni aux meubles, ni aux rideaux des fenêtres. Il n'est cependant pas démontré que ces objets soient quand même et toujours inoffensifs; qu'ils ne peuvent point recevoir eux-mêmes des germes morbides capables de se conserver et de propager la maladie. L'expérience prouve, au contraire, que souvent ils ont servi de véhicule au contage.

Il ressort donc de tout ceci que, dans les hôpitaux, on n'a pas fait l'indispensable pour prévenir la transmission de la scarlatine, qu'on n'a pris que des mesures palliatives et insuffisantes. Je ne veux point en rechercher les raisons. Peut-être s'est-on dit qu'il s'agit d'une maladie bénigne, donnant un chiffre de mortalité trop peu élevé pour qu'il puisse légitimer des transformations budgétaires ou des réformes imprévues. J'avoue même que la statistique semble parfois donner raison à cette manière de voir. Parfois, mais non toujours. Voici, en effet, les résultats fournis par la statistique de nos trois hôpitaux d'enfants de 1881 à 1885.

Hôpital des Enfants-Malades :

	Traités.	Guéris.	Décédés.
1881	120	101	19
1882	52	42	10
1883	57	51	6
1884	81	63	18
1885	140	123	17

Hospices des Enfants-Assistés :

	Traités.	Guéris.	Décédés.
1881	12	10	2
1882	6	5	1
1883	12	7	5
1884	10	6	4
1885	63	48	15

Hôpital Trousseau :

	Traités.	Guéris.	Décédés.
1881	98	92	6
1882	82	80	2
1883	25	22	3
1884	42	30	12
1885	113	101	12

La statistique générale de la ville n'est guère meilleure ; pendant le même laps de temps elle a fourni les résultats suivants :

	Décès.
1881	451
1882	162
1883	87
1884	83
1885	192

Notons qu'il s'agit pour ainsi dire de cas sporadiques. Ainsi, pendant les cinq années en question, sauf en 1881, rien n'a pu faire songer à une diffusion exagérée.

Il me semble que dans l'espèce il serait bon de tenir compte d'une autre éventualité, de se rappeler que la scarlatine a donné lieu, en France, à des épidémies très meurtrières au siècle dernier, et qu'il y a dix ans à peine on en a vu une très grave en Irlande (1). Ce qui s'est produit peut se produire encore. On ne parle plus de génie épidémique, et on a raison. Il n'en est pas moins vrai que nous ne connaissons rien des conditions qui règlent la dissémination des germes morbides dans un milieu donné, que nous ne pouvons pas prévoir la gravité des cas particuliers, surtout lorsque ces cas sont nombreux. Et puis l'expérience clinique nous apprend assez qu'il ne faut jamais dédaigner la scarlatine. Elle tue brusquement, elle produit des lésions du côté du cœur ou des reins, c'est un des grands facteurs étiologiques du mal de Bright ; elle donne lieu à la diphtérie secondaire, parfois, enfin, elle laisse des surdités incurables. Ce sont là, il me semble, des accidents qu'on ne saurait regarder comme des quantités négligeables. On pourrait presque dire, étant donné une épidémie, que si tous les malades survivent, quelques-uns conservent des lésions mortelles à plus ou moins longue échéance.

Dans les circonstances actuelles il y a donc danger de contagion : danger pour les malades de la même salle, danger pour les visiteurs du dehors, surtout pour les enfants, et personne ne songe à prendre des précautions !

Pour prévenir la diffusion, autant qu'il est possible, une seule mesure est rationnelle : l'isolement, mais l'isolement effectif, avec pavillon ou salles indépendantes des autres services du même hôpital. Cette mesure ne doit pas seulement s'appliquer au local, mais encore au personnel. Il faut des infirmiers spéciaux pour les pavillons destinés aux maladies contagieuses ; il faut que médecins et élèves prennent des précautions analogues à celles qui sont usitées dans les salles d'accouchements et qui ont donné de si beaux résultats ; il

(1) *On epidemic Scarlatina*, by William Moore, in *Irish hospital Gazette*, vol. III, 1875, p. 86, et *Gazette des Hôpitaux* de la même année, p. 383.

faut contrôler les visites de la ville et refuser rigoureusement l'entrée des salles de scarlatineux aux enfants et aux jeunes gens, plus exposés que les adultes aux atteintes de la contagion.

Grosse affaire, dira-t-on, que cette application à l'hygiène nosocomiale de notions scientifiques dont quelques-unes sont encore discutées. Il n'en est pas moins vrai que toute mesure capable d'éloigner un danger incertain, mais possible est une mesure nécessaire. Ici, il s'agit si peu d'un danger incertain que personne ne songe à le mettre en doute. N'est-il pas urgent de recourir, pour l'éloigner, à d'autres remèdes qu'à des constatations stériles ?

OBSTRUCTION INTESTINALE PAR MATIÈRES STERCORALES. — MORT. — AUTOPSIE.

PAS DE LÉSION. — MATIÈRES STERCORALES D'UN VOLUME CONSIDÉRABLE DANS L'S ILIAQUE ET LE RECTUM. — GROS INTESTIN ÉNORME.

Observation recueillie dans le service de M. le Dr JULES SIMON, *à l'hôpital des Enfants-Malades.*

Par M. Gaume, interne des hôpitaux.

La constipation, si fréquente chez les enfants, indépendamment de l'intérêt qu'elle présente pour le diagnostic de diverses affections, peut avoir par elle-même des conséquences redoutables, dont la plus grave est, sans contredit, l'obstruction intestinale, laquelle peut amener la mort, lors même qu'elle n'est pas accompagnée de complications péritonéales. C'est ce qui est arrivé dans le cas que nous allons rapporter :

Hermance Br..., âgée de 12 ans 1/2, entrée dans le service de M. Jules Simon, salle Sainte-Thérèse, n° 29, le 9 février 1886.

Pas de maladie grave antérieure. Depuis longtemps déjà, cette enfant est sujette à la constipation, mais c'est surtout dans ces derniers temps, depuis un an environ, que le trouble intestinal s'est

aggravé. La malade a à peine une selle par semaine ; la défécation est longue, très difficile et amène l'expulsion de matières dures, fragmentées, sans forme spéciale, en très petite quantité. Le ventre est habituellement ballonné, peu douloureux, soit spontanément, soit à la pression. A de rares intervalles, surviennent des débâcles, à la suite desquelles l'abdomen reprend sa souplesse pour quelque temps.

Appétit diminué ; digestion longue, difficile. Une ou deux fois seulement l'enfant se souvient d'avoir eu des vomissements alimentaires.

Depuis environ six mois, ces symptômes se sont aggravés : le ventre, considérablement distendu, est devenu un peu plus douloureux. L'appétit est nul, la digestion très difficile. Obligée de garder la chambre, s'amaigrissant de plus en plus, l'enfant est amenée à l'hôpital.

État actuel. — Taille normale. Amaigrissement considérable. Facies souffreteux; pommettes saillantes, yeux cernés. L'interrogatoire, au point de vue du nervosisme, reste sans résultat.

Le ventre est distendu, globuleux. La région iliaque gauche est le siège d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, oblongue, à grand axe dirigé en bas et en dedans, s'étendant en hauteur de l'arcade crurale à l'ombilic, latéralement de l'épine iliaque supérieure à la ligne blanche, qu'elle dépasse légèrement. Elle est parfaitement limitée de tous côtés, sans prolongement qui paraisse l'attacher supérieurement soit à la rate, soit au rein. Inférieurement, elle semble se prolonger dans le bassin, en subissant toutefois un aplatissement notable au niveau du détroit supérieur. La peau est parfaitement mobile à sa surface, sans changement de coloration. Surface légèrement bosselée. Sensation de dureté, sans trace de fluctuation en aucun point. Matité complète dans toute son étendue. Douleur à la pression, surtout à la partie inférieure et externe.

A la simple inspection, ainsi qu'à la palpation, la région iliaque droite paraît aplatie ; mais on remarque, immédiatement au-dessus, une tumeur en forme de boudin, se dirigeant transversalement vers l'ombilic. Notablement moins volumineuse que la tumeur de la fosse iliaque gauche, elle se distingue très nettement de cette dernière et n'a aucune connexion avec le foie. La surface en est également bosselée ; la matité est moins complète qu'à gauche. La pression y provoque des gargouillements.

Pas de liquide dans la cavité péritonéale.

Rien de remarquable du côté des membres inférieurs ; l'atrophie n'est pas plus prononcée que pour les membres supérieurs. Les mouvements sont parfaitement libres, notamment les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin. La sensibilité est intacte des deux côtés. La circulation ne semble nullement gênée, pas plus à gauche qu'à droite ; ni œdème, ni coloration violacée des téguments, ni dilatation variqueuse des veines.

Langue large, un peu saburrale. Appétit médiocre.

Les poumons sont absolument sains ; il n'y a pas trace de congestion. Apyrexie complète.

Diagnostic. — Obstruction par accumulation de matières stercorales. La tumeur de la fosse iliaque gauche est constituée par l'S iliaque, considérablement distendu ; la tumeur du flanc droit est due au cæcum, également distendu et remonté, comme il est de règle dans les cas semblables.

Traitement. — Lavement à la glycérine, qui sera immédiatement suivi d'un lavement purgatif avec 20 grammes de sulfate de soude, 40 grammes de miel de mercuriale, 10 grammes de follicules de séné. Frictions sur le ventre avec le liniment suivant :

Huile de jusquiame........	30 grammes.
Extrait de belladone.......	4 —

Le lavement purgatif administré le matin n'ayant amené que l'expulsion de quelques bols fécaux très durs, non accompagnés d'émission de gaz, et le ventre restant toujours considérablement distendu, un deuxième lavement purgatif est administré à 4 heures du soir, également sans résultat.

11 février. L'abdomen est un peu plus distendu, douloureux : la malade se plaint de coliques. Pas de vomissements ; pas de fièvre.

Lavement glycériné. Purgation avec 20 grammes d'huile de ricin. Frictions et cataplasmes sur le ventre.

Le 12. Toujours pas de garde-robes ; pas d'émission gazeuse par l'anus. Même état de l'abdomen. La malade s'affaiblit. Le pouls est plus rapide, dépressible. Quelques râles humides à la base des deux poumons. Apyrexie.

Le 13. Le lavement glycériné donné hier à 11 heures du matin a été suivi de plusieurs selles diarrhéiques abondantes qui se sont produites dans la journée et pendant la nuit. Toutefois, il ne semble pas y avoir d'amélioration locale notable. Le ventre est toujours aussi

distendu, douloureux. Il y a eu le soir un vomissement de matières fécaloïdes.

État général mauvais. Les extrémités sont violacées, froides. Le facies est grippé, les yeux cernés. La congestion pulmonaire a augmenté.

Bien que la malade continue à aller à la selle, on lui fait le matin une application de courants continus, descendants; le pôle négatif étant dans le rectum, la platine du pôle positif est promenée sur l'abdomen. A 2 heures de l'après-midi, lavement d'huile avec une sonde œsophagienne introduite dans le rectum.

A partir de ce moment, les selles deviennent incessantes ; la malade est constamment sur le bassin. Le ventre devient un peu plus souple, mais l'enfant se plaint de coliques continuelles. Glace en permanence.

Le 14. A la visite, le ventre est souple; la tumeur du flanc droit a complètement disparu ; la tumeur de la fosse iliaque gauche est notablement diminuée de volume, et la main y perçoit des gargouillements.

L'état général est grave. Le facies est de plus en plus grippé ; la malade est somnolente. Le pouls est très rapide, filiforme ; la congestion a gagné les poumons dans toute leur étendue. La cyanose et le refroidissement des extrémités se prononcent de plus en plus. La malade succombe dans la nuit, après avoir eu encore un vomissement fécaloïde. Le ventre s'était de nouveau ballonné dans l'après-midi, bien que la diarrhée ne se fût pas arrêtée.

Autopsie. — Ce qui frappe tout d'abord, à l'ouverture de l'abdomen, c'est une distension énorme de tout le gros intestin. L'S iliaque occupe toute la fosse iliaque gauche ; il contient encore des matières en grande partie délayées. La tunique péritonéale est parfaitement lisse ; le muscle psoas iliaque ne paraît pas altéré.

Le cæcum est remonté au niveau de l'ombilic ; énormément dilaté par les gaz, il ne contient que très peu de matières. L'appendice iléo-cæcal est fixé par des adhérences dans la fosse iliaque droite, au niveau du détroit supérieur.

Le côlon ascendant et le côlon transverse sont également très distendus et remplissent les hypochondres et la région épigastrique. Seul, le côlon descendant n'est pas notablement dilaté.

Le rectum remplit à lui seul tout le bassin. A la palpation, il pa-

rait rempli de matières très dures, se moulant sur les parois de la cavité pelvienne.

Il n'y a pas de liquide dans la cavité péritonéale; à peine trouve-t-on quelques gouttes d'un liquide citrin dans les parties déclives. Les anses de l'intestin grêle sont libres, un peu congestionnées; en un point seulement existent quelques adhérences péritonéales, de formation récente.

Nulle part il n'existe d'obstacle au cours des matières intestinales. Les orifices sont normaux; la cavité péritonéale, lisse, ne présente pas de brides. Pas de perforation.

Le gros intestin est rempli de matières fécales liquides, de coloration noirâtre. Le rectum contient seul encore des matières solides, très dures, du volume des deux poings, formant une masse compacte qui se moule sur les parois du bassin, ce qui démontre nettement que ces matières existaient depuis longtemps dans le rectum et qu'elles ne proviennent pas d'un autre point du gros intestin. Très compactes au centre de la masse, ces matières sont plus molles et comme délayées à la périphérie, au contact des parois rectales.

Les parois du gros intestin sont, dans toute l'étendue de ce dernier, mais plus principalement au niveau du rectum et de l'S iliaque, le siège d'une inflammation chronique qui a eu pour résultat de les transformer en une masse lardacée, peu élastique, dans laquelle il paraît impossible de retrouver les éléments constitutifs de ces tuniques. La muqueuse est grisâtre, épaissie, et s'enlève très facilement par un frottement léger.

En un point, le côlon transverse est congestionné, aminci, et les parois sont assez friables pour s'être déchirées sous une traction légère. La tunique péritonéale est intacte à ce niveau, comme dans toute l'étendue de l'intestin.

L'intestin grêle ne présente rien de spécial à signaler. Légèrement distendu, ses parois sont congestionnées.

L'estomac est considérablement dilaté et contient des matières liquides, jaunâtres, tout à fait analogues aux matières qui constituent les vomissements fécaloïdes.

Les poumons sont le siège d'une congestion assez marquée. Le foie est normal.

Le résultat le plus frappant de cette autopsie, bien qu'il soit négatif, c'est le manque absolu de lésions importantes. Il n'y

a pas de liquide dans la cavité péritonéale, qui est lisse et ne présente pas de brides. Il n'y a pas de perforation. Nulle part il n'existe d'obstacle au cours des matières intestinales, et les orifices sont normaux. Quant aux lésions inflammatoires du gros intestin, elles sont sous la dépendance de sa distension et de son irritation prolongées.

DE L'ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Moncorvo,

(SUITE ET FIN) (1).

Le premier groupe d'observations, relatif aux faits observés exclusivement chez les enfants, comprend encore :

OBS. X. — *Eléphantiasis de la jambe gauche ; lymphangite du bras droit.* — Alice, âgée de 9 ans, née à Rio, blanche, a été soignée dans le service de M. le professeur Moncorvo, à la policlinique de Rio.

Les données fournies par la personne qui amène cette enfant sont fort restreintes. Elle informe que la mère de la petite malade a souffert de lymphangite à plusieurs reprises, et que la jambe gauche de cette dernière est enflée depuis deux ans environ. L'enfant est assez grêle et possède un tempérament lymphatique très prononcé.

Quelques jours après son admission dans le service, elle fut atteinte d'une crise de lymphangite au bras droit, accompagnée de réaction fébrile, de frissons et de l'engorgement des ganglions axillaires correspondants.

Cet accès a été enrayé pourtant au moyen des purgations, du jaborandi et du sulfate de quinine.

Les phénomènes locaux s'amendèrent au point que le membre affecté revint à des conditions tout à fait normales.

La tumeur de la jambe offre tous les caractères des tumeurs éléphantiasiques ; c'est ainsi que la peau conservant sa coloration normale est fort adhérente aux tissus sous-jacents ; par la palpation, on

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* mars 1886.

reconnaît la résistance élastique des tissus, qui sont, du reste, indolents à la pression la plus forte. La peau de la région affectée est lisse.

Après la disparition de la lymphangite du membre thoracique, l'enfant n'a plus été ramenée au service, de façon qu'il n'y a pas eu lieu de la soumettre à aucune espèce de traitement.

Obs. XI. — *Eléphancie à la jambe droite.* — Cho..., brésilien, 10 ans, est présenté au service du professeur Silva Araujo, le 9 avril 1883.

Le grand-père de l'enfant est affecté d'éléphancie.

A l'âge de 6 ans, à la suite d'une blessure que se fit l'enfant, il lui survint une lymphangite qui fut suivie de l'augmentation graduelle du volume de la jambe. Les tissus y présentaient assez de résistance à la palpation, la peau était adhérente aux parties sous-jacentes, conservant sa coloration normale; mais on ne constatait point d'œdème. L'éléphancie présente la forme simple.

Obs. XII. — *Elephantiasis de la jambe droite.* — Jérôme, brésilien, âgé de 10 ans, blanc, a été soigné dans le service de M. le professeur Silva Araujo, à la Policlinique.

Cet enfant, qui est chétif, a eu trois attaques de lymphangite à la jambe droite. Ces attaques ont précédé l'apparition de l'éléphantiasis. Celle-ci ayant commencé par la jambe a déjà atteint la cuisse; seulement, le tissu de la tumeur tibiale, plus ancien, est plus développé et plus dur au toucher.

Obs. XIII. — *Eléphancie de la jambe droite.* — Sergio Parrot, né à Rio, 11 ans, a été soigné en 1880, dans notre cabinet d'électrothérapie.

D'après les renseignements fournis par le père, l'enfant a été victime d'une lymphangite siégeant à la jambe droite sans cause appréciable.

Plusieurs autres accès se succédèrent à la même jambe; mais après le deuxième, la partie affectée avait progressivement augmenté de volume.

La mère de l'enfant eut, il y a déjà longtemps, des lymphangites à la jambe droite, qui donnèrent lieu à la production de l'éléphancie. Une tante maternelle souffre aussi de cette maladie.

Obs. XIV. — *Éléphantiasis de la jambe et du pied droits.* — Francisco, âgé de 11 ans, blanc, brésilien, fut soigné au service de M. le professeur Silva Araujo par notre procédé de l'électrothérapie, pour une éléphancie de la jambe et du pied droits. La mère et une sœur sont affectées également du même mal à la même région.

La maladie date d'un an ; elle a été précédée et elle est accompagnée d'accès répétés de lymphangite.

L'application du traitement électrique commençait à donner des résultats satisfaisants sur ce garçon, mais il est parti avant sa guérison complète.

Obs. XV. — *Éléphancie de la jambe droite.* — Jean, brésilien, blanc, âgé de 11 ans, fut amené au service de M. le professeur Silva Araujo, le 25 juin 1882.

La mère de l'enfant est éléphantiasique.

A l'âge de 9 ans, ce garçon eut une attaque de lymphangite siégeant à la jambe droite, dont le volume augmenta. Pendant ce temps, les tissus de cette région devinrent progressivement plus denses au point qu'ils offraient à l'occasion du premier examen la consistance du caoutchouc durci.

Obs. XVI. — *Éléphantiasis de la jambe droite.* — Adelina, brésilienne, blanche, âgée de 11 ans, née à Rio, a été présentée pour la première fois à la Policlinique, service de dermatologie, le 25 août 1880.

Cette petite fille est chétive et lymphatique. Dès l'âge de 6 ans, elle fut affectée de lymphangite, tantôt à la jambe droite, tantôt à la gauche. Dix mois avant sa présentation au service, elle eut une attaque plus intense que les précédentes siégeant à la jambe droite. Dès lors, ce membre augmenta progressivement de volume, de façon qu'à l'époque du premier examen, tous les tissus y étaient excessivement durs au toucher. La peau lisse, avec sa coloration normale, avait une assez forte adhérence avec les tissus sous-jacents. L'enfant traîne un peu la jambe en marchant, à cause du poids considérable que ce membre a acquis.

Obs. XVII. — *Éléphantiasis de la jambe gauche.* — Isabel Francisca, blanche, âgée de 12 ans, a été présentée pour la première fois dans mon cabinet d'électrothérapie, le 17 décembre 1879.

Cette fille, qui est d'une constitution faible et très lymphatique, a été atteinte de sa maladie vers l'âge de *cinq ans*; mais son éléphancie a été précédée de beaucoup par des attaques de lymphangite qui ont commencé à l'âge d'un an.

Sa mère est, elle aussi, affectée de la même maladie siégeant aux deux jambes, et il est à remarquer que les accès de lymphangite se présentèrent chez elle à l'âge de deux ans, la tumeur éléphantiasique ayant été constatée à l'âge de 9 ans. Une tante et la grand'mère de cette enfant avaient aussi eu de leur côté les jambes éléphantiasiques.

Les accès de lymphangite qui avaient commencé chez la petite malade à l'âge d'un an devinrent de plus en plus fréquents et intenses; tellement qu'à 5 ans la tumeur éléphantiasique de la jambe avait presque atteint les dimensions actuelles. La tumeur, qui siège aux deux tiers inférieurs de la jambe, a la forme conique; elle est déjà assez dure au toucher et à la palpation; la peau qui la revêt, lisse et avec la coloration normale, est fort adhérente à la partie sous-jacente; la sensibilité cutanée est assez émoussée dans toute l'étendue de la tumeur. La malade se plaint d'une certaine difficulté à la marche, à cause de la lourdeur de la jambe affectée.

Elle a été soumise à l'usage de la teinture d'iode à l'intérieur, et on commença le lendemain l'application de l'hydrothérapie. L'amélioration ne se fit pas attendre; mais, en dépit des résultats obtenus sur la mère et la fille, elles n'eurent pas la persistance d'aller jusqu'à la fin du traitement.

Obs. XVIII. — *Eléphancie de la jambe droite consécutive à des exostoses tibiales.* — Au commencement de l'année dernière, il me fut présenté, à mon service de la policlinique, une fille de 12 ans, née à Buenos-Ayres, qui présentait les traces les plus évidentes de la syphilis.

Elle avait eu à plusieurs reprises des éruptions syphilidermiques différentes, et depuis quelques mois les os des membres abdominaux s'étaient pris. Elle ressentait depuis un an environ de fortes douleurs aux tibias et au niveau des deux articulations du genou. Plus tard elle s'aperçut de l'apparition de saillies osseuses plus ou moins arrondies sur la crête des deux tibias, notamment sur celui du côté droit, cette partie de l'os étant assez douloureuse au toucher. En même temps la jambe gauche se gonfla progressivement au point

que maintenant elle est d'un volume double de l'autre au niveau des deux tiers inférieurs.

La peau de la région est tendue, lisse, couverte de taches livides éparses ; elle adhère intimement aux parties sous-jacentes, sa température étant un peu plus élevée que celle du côté gauche. La pression exercée sur la région affectée offrait cette résistance élastique, caractéristique de l'éléphantiasis dans une période un peu avancee de son évolution.

L'enfant était faiblement constituée et avait un tempérament lymphatique très accusé.

Elle fut soumise à un traitement antisyphilitique à la suite duquel les exostoses diminuèrent considérablement de volume ; mais justement au moment où nous nous proposions de la faire soigner par l'électrothérapie dans le but de corriger la production éléphantiasique, elle a disparu pour ne plus revenir au service.

Obs. XIX. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Marie, brésilienne, âgée de 13 ans, blanche, a été soignée dans le service de M. Araujo (dermatologie) à la policlinique de Rio.

Cette fille est faiblement constituée et a un tempérament lymphatique très accentué.

Elle a eu, à plusieurs reprises, des crises de lymphangite.

D'après ses renseignements, sa tumeur éléphantiasique siégeant à la jambe droite a été constatée depuis un an environ.

Elle a été soumise à la médication iodée et à l'électrothérapie, mais j'ignore quel a été le résultat du traitement.

Obs. XX. — *Eléphancie de la jambe droite.* — Mlle ..., âgée de 13 ans, née à Rio, a été soignée dans notre cabinet d'électrothérapie en 1883.

La malade est grande et douée d'une constitution assez robuste. Elle est déjà réglée.

A l'exception de son père qui a eu quelques lymphangites, aucun membre de la famille n'a été affecté d'éléphancie.

Vers l'âge de 5 ans, la malade a eu un premier accès de lymphangite à la jambe droite ; les accès se reproduisirent à intervalles plus ou moins rapprochés ; et, au fur et à mesure qu'ils survenaient, la jambe enflait progressivement. Enfin, en 1882, un dernier accès d'une extrême violence se présenta ; il fut accompagné de réaction

générale assez forte, qui entraîna une notable tuméfaction de la jambe droite, depuis le dos du pied jusqu'au tiers inférieur.

A l'occasion du premier examen, on constatait une éléphancie tibiale droite plus prononcée au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, où la tumeur est plus dense, ayant la forme d'un bourrelet qui est plus accusé du côté externe.

On commença de suite le traitement par l'électricité, et, au bout de cinq mois, la guérison était complète. Il faut remarquer que le résultat s'est maintenu jusqu'à présent.

Obs. XXI. — *Eléphancie des deux jambes.* — François, brésilien, blanc, âgé de 13 ans, a été vu pour la première fois à la Policlinique (service de M. le professeur Silva Araujo), le 22 mai 1883.

Ce garçon, qui est faible et lymphatique, eut, il y a deux ans, une lymphangite à la jambe gauche, qui gonfla après cette maladie. Il y a un an, une attaque semblable est survenue, cette fois, à la jambe droite, qui est restée ainsi tuméfiée. Mais, à partir de cette époque, de nouveaux accès se sont présentés, en affectant les deux jambes; dès lors, les crises de lymphangite surviennent deux fois par mois.

La mère de l'enfant est aussi très souvent atteinte de lymphangite, tandis que le père présente depuis longtemps déjà les deux jambes éléphantiasiques. Un frère du malade eut aussi un accès de lymphangite qui termina par la suppuration.

Obs. XXII. — *Eléphancie des deux jambes.* — Hermenegildo, blanc, 14 ans, né à Rio, fut affecté, à l'âge de 9 ans, de lymphangite à la jambe gauche, suivie d'éléphancie; un an après, la jambe droite fut aussi envahie par la maladie. Ce garçon fut traité pendant quelque temps au moyen de l'électricité, dans notre cabinet d'électrothérapie.

Obs. XXIII. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — Mlle S..., mulâtresse, âgée de 14 ans, d'une organisation faible, fut admise au service de dermatologie à la Policlinique, en 1883.

Vers l'âge de 6 ans, elle fut atteinte de lymphangite à la jambe droite, qui commença à cette époque à augmenter de volume. Des crises semblables lui survinrent plus tard, affectant l'autre jambe qui gonfla aussi comme l'autre. Les deux jambes étaient, au moment de l'admission de la malade dans le service, assez tuméfiées et ayant les tissus de la partie fort durs au toucher.

Ses parents, ainsi qu'une de ses sœurs, furent affectés de la même maladie.

Obs. XXIV.—*Eléphantiasis de la jambe et du pied gauche.*—Mlle A..., 14 ans, née à Rio, mulâtresse, vivant dans des conditions hygiéniques les plus déplorables, fut admise dans le service de dermatologie de la Policlinique, pour un éléphantiasis de la jambe et du pied gauche, qui avait commencé à l'âge de 10 ans; cette maladie avait été précédée par des lymphangites à plusieurs reprises dans le cours de l'affection, et dont la dernière se termina par une suppuration abondante.

DEUXIÈME GROUPE

Obs. XXV. — *Eléphancie des jambes, des mains et de l'avant-bras.* — La nommée Amélia, âgée de 44 ans, mulâtresse, couturière, se présente au service des maladies de la peau à la Policlinique, le 8 mars 1883.

Elle avait eu des accès de lymphangite depuis l'âge de 5 ans, et, dès lors, l'éléphancie a envahi les deux jambes, les mains et les avant-bras.

Aux jambes, la maladie a revêtu la forme dite ulcéreuse, mais dans les autres régions, elle est simple.

Obs. XXVI. — *Eléphancie tibio-fémorale double.* — Le nommé Kneiser, blanc, 15 ans, employé de commerce, a été admis dans le service de M. le professeur Silva Araujo, le 21 mars 1883.

Vers l'âge de 6 ans, lymphangite au membre abdominal gauche, suivie de la formation du tissu éléphantiasique dans toute l'étendue du membre. Plus tard, une lymphangite du membre gauche entraîna elle-même l'éléphantiasis.

Obs. XXVII. — Alfred, âgé de 18 ans, employé de commerce, faiblement constitué, très lymphatique, fut examiné dans notre cabinet d'électrothérapie (Moncorvo et Silva Araujo), le 17 décembre 1879.

Depuis l'âge de 11 ans, jusqu'à celui de 17, il eut des accès très fréquents de lymphangite à la jambe droite. Depuis ce temps, les lymphangites n'ont plus reparu, mais les deux jambes ont commencé elles-mêmes à augmenter progressivement de volume, jusqu'au moment du premier examen.

Les deux jambes étaient énormes, et c'est à peine si le malade pouvait les traîner lourdement lorsqu'il voulait changer de place. La masse de ces deux membres était tellement considérable, que pour les soulever, le patient se voyait forcé de les soutenir avec ses deux mains. C'est pour cela que depuis plusieurs années, il restait presque tout son temps assis.

Chaque jambe avait le poids de 9 kilogrammes.

Il se plaignait d'engourdissement de ses membres, dont la consistance était variable : sur quelques points, c'était la résistance élastique du caoutchouc ; sur d'autres, celle de l'œdème dur, conservant l'impression du doigt. Conservation de la sensibilité tactile du pied ; mais sur la masse de la tumeur, la sensibilité électrique était presque anéantie.

Les dimensions des deux jambes étaient les suivantes :

Jambe droite.	*Jambe gauche.*
A la haut. de 28 cent. : 60 cent.	A la haut. de 27 cent. : 53 cent.
— 20 — : 62 —	— 20 — : 55 —
— 10 — : 62 —	— 14 — : 52 —

Ce malade fut traité par les courants induits galvaniques et l'électrolyse ; les deux premières furent faites au nombre de 170, la dernière a été appliquée 15 fois. Le résultat fut très remarquable, car la guérison s'opéra radicalement sans qu'il restât aucune trace de la maladie ; cet état s'est maintenu jusqu'à l'heure où nous écrivons.

Obs. XXVII. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — Philippe, 28 ans, fut admis au traitement électrique dans notre cabinet particulier pour l'éléphancie des deux jambes, en décembre 1879.

La maladie fut précédée d'accès de lymphangite qui se présentèrent vers l'âge de 3 ans. Vers l'âge de 9 ans, les jambes étaient déjà suffisamment gonflées, et l'affection a marché toujours en augmentant.

Obs. XXIX. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — François, âgé de 20 ans, né à Rio, fut admis en 1879, dans notre cabinet particulier pour le traitement par l'électricité de l'éléphantiasis des deux jambes.

L'affection datait de l'âge de 8 ans, ayant été précédée d'accès graves de lymphangite. La mère était, elle aussi, affectée de la même maladie.

Obs. XXX. — *Eléphantiasis de la jambe gauche.* — Marcellin, blanc, âgé de 15 ans, né à Rio, se présenta, le 5 janvier 1880, au cabinet d'électrothérapie de MM. Moncorvo et Silva Araujo, pour se faire soigner d'un éléphantiasis de la jambe gauche.

L'affection avait débuté à l'âge de 11 ans, par des accès de lymphangite dont le premier fut provoqué par une éruption prurigineuse siégeant à la jambe gauche.

Sa mère commença, après lui, à souffrir du même mal.

Obs. XXXI. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — François, âgé de 22 ans, né à Rio, fut soigné dans notre cabinet d'électrothérapie.

L'affection débuta vers l'âge de 6 ans, avant le départ du malade pour le Portugal, d'où il revint au Brésil, à l'âge de 15 ans. L'éléphantiasis affectait chez lui les deux jambes. Même pendant son séjour en Portugal, la maladie fit des progrès constants.

Obs. XXXII. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Salomé, âgée de 22 ans, née à Rio, fut examinée pour la première fois dans notre cabinet d'électrothérapie, le 3 mars 1880. Elle avait un éléphantiasis siégeant à la jambe droite, dont le début avait eu lieu vers l'âge de 12 ans. Ses parents, son aïeul et son aïeule, sont, eux aussi, affectés de la même maladie.

Obs. XXXIII. — *Eléphantiasis de la jambe et de la cuisse gauches.* — Joaquim, 16 ans, né à Rio, fut soigné, en 1880, dans notre cabinet d'électrothérapie. Il avait un éléphantiasis envahissant la totalité du membre abdominal gauche ainsi que la jambe droite. L'affection avait débuté à l'âge de 8 ans.

Obs. XXXIV. — *Eléphantiasis des deux jambes.* — Rita, âgée 29 ans, née à Rio, soignée dans notre cabinet d'électrothérapie pour un éléphantiasis des deux jambes. Vers l'âge de 8 ans, première lymphangite à la jambe gauche, suivie de l'œdème éléphantiasique ; de nouvelles crises se succédèrent aux deux jambes au point que l'éléphantiasis se déclara à ces deux membres.

Obs. XXXV. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Lancellina, blanche, âgée de 15 ans, née à Rio, fut soignée, en 1881, dans le cabinet de MM. Moncorvo et Silva Araujo, d'un éléphantiasis à la

jambe droite sur laquelle on voyait également une ichthyose fort accusée, qui avait gagné toute l'étendue du membre. L'affection était survenue trois ans auparavant à la suite d'une chute.

Obs. XXXVI. — *Eléphantiasis de la jambe gauche.* — Le nommé Freitas, âgé de 16 ans, né à Rio, fut soigné dans le service de M. le professeur Silva Araujo, à la Policlinique, d'un éléphantiasis à la jambe gauche. La maladie débute à l'âge de 11 ans, ayant été précédée d'une attaque aiguë de lymphangite.

Obs. XXXVII. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Alfred, mulâtre, âgé de 19 ans, fut admis à la Policlinique, service de dermatologie, le 15 février 1883. Sa grand'mère paternelle est affectée d'éléphancie. Cette maladie a commencé chez lui à l'âge de 3 ans, ayant été précédée avant son apparition et étant accompagnée par des crises de lymphangite.

Obs. XXXVIII. — *Eléphancie de la jambe et de la cuisse droites.* — Mlle J..., agée de 17 ans, née à Rio, fut admise à la Policlinique, service de M. le professeur Silva Araujo, le 22 janvier 1883.

Elle présentait l'éléphantiasis affectant la jambe et la cuisse droites. Cette affection, qui fut précédée de plusieurs attaques de lymphangite, datait de l'âge de 8 ans. Les lymphangites se répétèrent à plusieurs reprises, même après la production du tissu éléphantiasique.

Obs. XXXIX. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Mlle S..., mulâtresse, âgée de 17 ans, née à Rio, se présenta au service de M. le professeur Silva Araujo, en 1883, pour se faire soigner d'une éléphancie qui occupait la jambe droite. Elle commença à souffrir à l'âge de 10 ans. Avant et pendant l'évolution de la maladie, elle fut affectée à plusieurs reprises d'accès de lymphangite. Il y a à remarquer que la mère, déjà décédée, était, elle aussi, atteinte de la même affection à une jambe, tandis que le père avait le mal siégeant aux bourses scrotales.

Obs. XL. — *Eléphantiasis de la jambe gauche.* — Frédéric, blanc, 18 ans, né à Rio, fut admis dans le service de dermatologie, à la Policlinique, le 11 août 1882. Ce jeune homme est faible et chétif. Il

est atteint de lymphangite depuis la première enfance; il vint au service pour se faire soigner d'une éléphancie scrotale du fourreau du pénis et de la jambe gauche; celle-ci lui était survenue à la suite d'une attaque de lymphangite, apparue pendant le cours de l'affection scrotale et préputiale, vers l'âge de 12 ans.

Ce garçon attribue cette dernière à l'abus de la masturbation.

Obs. XLI. — *Eléphantiasis de la jambe droite.* — Bernardin, portugais, 16 ans, admis dans le service de M. le professeur Silva Araujo, le 6 octobre 1882. Il habite Rio depuis cinq ans. Peu de temps après son arrivée, une lymphangite aiguë fébrile lui survint à la jambe droite (21 février 1878). Le 26 juillet 1881, nouvelle crise.

L'éléphancie consécutive à ces accès est déjà fort avancée; les tissus de la jambe affectée offrent une très grande densité, les papilles de la peau sont assez hypertrophiées. Le malade a été guéri par l'électrothérapie.

Si nous réunissons les deux groupes d'observations en les classant, non pas selon l'âge au moment du premier examen, mais, considération plus importante, selon l'âge où l'affection a fait son apparition, nous aurons le résultat suivant :

A l'âge de	15 jours..........	1 cas.
—	4 mois..........	1 —
—	2 ans..........	2 —
—	3 —	3 —
—	5 —	1 —
—	6 —	2 —
—	7 —	1 —
—	8 —	8 —
—	9 —	2 —
—	10 —	2 —
—	11 —	7 —
—	12 —	5 —
—	13 —	3 —
—	14 —	3 —
	Total......	41 —

On voit ainsi, d'après les données précédentes, que l'élé-

phantiasis des Arabes peut survenir à n'importe quelle époque de la vie, quoi qu'en dise la presque totalité des auteurs qui nous ont précédés et pour lesquels cette affection ne se rencontrerait jamais dans la première enfance et très rarement dans la deuxième.

Ces résultats de nos conclusions ont été déjà indiquées dans l'excellente thèse inaugurale de notre ancien chef de clinique, M. le Dr Vieira de Mello, aujourd'hui notre confrère distingué (1).

En recherchant dans diverses archives, nous avons pu recueillir plusieurs cas intéressants de ce genre : ceux de MM. Léon Labbé (*Soc. de chir.*, séance du 8 février 1882); Guéniot (*Soc. de chir.*, novembre 1870); Lannelongue (2); Th. Beck (3); Bardeleben (4); Demme Weber (5); V. Ruge (6); Warnig, cité par Tilbury Fox (7).

Les 945 cas recueillis par Warnig ajoutés à ceux auxquels nous nous rapportons donne un chiffre de 1,098 cas d'éléphantiasis, parmi lesquels 197 fois l'affection avait débuté dans les premières périodes de l'enfance, ce qui donne une proportion de 17 p. 100.

De tout ce qui précède, nous pouvons donc tirer cette conclusion finale, que l'éléphantiasis des Arabes peut se présenter

---

(1) *Da elephancia e seu tratamento pela electricidade*. Rio-de-Janeiro, 1884. — G. Leuzinger e filhos.

(2) *Union médicale*, 1882, t. XXXIII, 3e série, p. 249.

(3) *Ueber Elephantiasis des obern Augenlides*. Bâle, 1877. — Les cas de cette nature ne se montrent pas très souvent, *même* chez l'adulte. Nous en connaissons trois autres rencontrés chez des adultes : l'un, par Carrond du Villards, l'autre, par Græfe; et, encore plus près de nous, un autre, par Treillais, occupant les deux paupières supérieures, chez une vieille femme de 75 ans. (*Arch. d'oph.*, no 1, 1882, t. II, p. 42.)

(4) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, no 22, p. 318.

(5) *Centr. Bl. für Schweiz. Ærzt.*, 1878, no 21, p. 656.

(6) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1878, no 27, p. 401.

(7) Tilbury Fox. *Skin diseases their description, pathology, diagnosis, and treatment*. 3e édit. London, 1873, p. 361.

aussi bien dans tous les pays, car il a été observé partout, comme à toutes les époques de la vie, depuis la naissance jusqu'à l'âge le plus avancé (1).

DU TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES
PAR LE PANSEMENT SCOTT

Par le Dr A.-F. Suchard,
Ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hôpital de Lavey-les-Bains.

En 1879, nous avons présenté à la Société de chirurgie plusieurs enfants du service de M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants-Malades, atteints de tumeurs blanches et traités avec succès par une méthode de pansement qui réunit la compression, l'immobilisation et l'action médicamenteuse du mercure.

Cette méthode n'est pas nouvelle; le chirurgien anglais Scott, qui en est l'inventeur, l'avait appliquée et fait connaître, en 1830, à Mathias Mayor pendant un séjour qu'il faisait alors à Lausanne; c'est dans cette ville que deux chirurgiens âgés, MM. Mathey et Perey, qui avaient été en relation avec Mathias Mayor et Scott, nous ont fait connaître ce mode de pansement tel que l'inventeur l'appliquait lui-même. Après l'avoir essayé maintes fois en Suisse, nous avons pu nous convaincre de ses heureux résultats; c'est pourquoi nous avons cherché à le vulgariser à Paris.

Les observations que nous avons soumises à la Société de chirurgie portaient sur neuf malades, dont trois lui furent présentés rue de l'Abbaye; une commission composée de MM. Sée, Delens et Nicaise fut chargée d'étudier la question et, dans la séance du 30 avril, M. Sée donna lecture du rapport fait par lui. On peut le trouver à cette date dans les Bul-

---

(1) Voy. pour le détail de ces cas et un *appendice* contenant trois observations nouvelles appartenant à M. Moncorvo : *De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants*, par le Dr Moncorvo. — Paris. Steinheil, 1886. (*Sous presse.*)

letins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, tome V, 1879. Nous extrayons de ce rapport les lignes suivantes: « Les « observations portent sur neuf malades, deux d'entre eux ont « quitté l'hôpital sensiblement améliorés; un autre y est mort « du croup. Les six autres sont encore en traitement.

« Parmi ces derniers, se trouve un petit malade atteint de « tumeur blanche fongueuse du genou, chez lequel deux panse« ments avaient déjà produit une amélioration marquée lors« qu'une ostéite suppurante de la partie moyenne du fémur « obligea de suspendre le traitement à cause de l'abondance « de la suppuration qu'elle provoquait. Restent donc cinq ma« lades qui suivent régulièrement le traitement de M. Suchard « et que j'ai examinés attentivement. Ils sont âgés de 3 à 12 « ans et portent tous des arthrites suppurées du pied ou de « l'articulation tibio-tarsienne. Choisis par M. de Saint-Ger« main parmi ceux qui se présentaient dans les plus mau« vaises conditions, ils semblaient pour la plupart voués à « une suppuration intarissable, dans le cas où l'amputation « ne viendrait pas les délivrer de cette cause d'épuisement. « En fait l'un d'eux, atteint en même temps de mal de Pott « cervical, n'avait été porté à l'hôpital que pour y subir l'am« putation de la jambe. Un autre, scrofuleux au plus haut « degré, après avoir contracté d'abord la rougeole, puis la « scarlatine, présentait cette mobilité extrême des surfaces « articulaires du cou-de-pied qui témoigne d'une destruction « presque complète de tous les ligaments de la jointure. Tous « avaient des arthrites fongueuses suppurées, avec ulcération « de la peau, fistules conduisant dans des os cariés, nécroses « plus ou moins étendues. Or il a suffi d'un traitement de deux « à trois mois pour améliorer considérablement leur état. Les « appareils enlevés sous mes yeux, j'ai pu constater que les « articulations malades sont évidemment en voie de guérison, « les ulcères tendent à se cicatriser, les fongosités à dispa« raître, les fistules à tarir, les téguments à se recoller.

« La jointure chez plusieurs malades est presque revenue à « son état normal et l'empâtement général de la région s'est

« réduit au point que par places les tendons dessinent de nou-
« veau leur relief sous la peau devenue souple. Aucun des « petits malades, il est vrai, n'est guéri, le peu de durée du « traitement ne pouvait le faire espérer, mais il est incontes-« table que leur état est relativement très satisfaisant et qu'ils « sont entrés dans une phase de réparation qui permet d'es-« pérer leur guérison dans un temps plus ou moins rapproché.

« Et cependant, à part quelques cuillèrés d'huile de foie de « morue, les petits malades de M. de Saint-Germain ne sont « soumis à aucun traitement général. Nul doute que les ré-« sultats n'eussent été bien meilleurs encore si une médica-« tion plus active eût pu être dirigée contre la constitution « profondément délabrée de ces enfants; si, par exemple, on eût « pu leur appliquer un traitement hydro-minéral, comme le « fait communément M. Suchard. Il a donc suffi du seul trai-« tement local pour produire un changement radical; la suppu-« ration réduite à de faibles proportions, les douleurs calmées « immédiatement, puis supprimées tout à fait, le sommeil et « l'appétit revenus aussitôt après, telles sont les circonstances « qui vous rendent compte de cette modification avantageuse « de l'état général et local. Je ferai remarquer en outre, que tous « ces petits malades se lèvent, se promènent dans la salle à l'aide « de béquilles et ont repris toute leur gaieté depuis qu'ils por-« tent l'appareil qui leur a été appliqué. »

MM. Després et Verneuil prirent part à la discussion qui suivit la lecture du rapport d'où sont tirées ces lignes; le premier attribuait le succès du pansement à une immobilisation faite plus rigoureusement qu'elle ne l'est d'ordinaire, le second à l'immobilisation et à l'occlusion. Le professeur Verneuil disait que dans des cas semblables, Lesauvage (de Caen) avait obtenu des résultats inespérés par les bandelettes de diachylon, Chassaignac par sa cuirasse; Bonnet (de Lyon) par ses cautères en pastilles, son pansement ouaté et ses attelles en carton; Burgrave par le pansement qui porte son nom et que Nélaton avait adopté.

M. Sée répondit à ces Messieurs que, pour lui, le mercure

devait avoir une action notable, que l'immobilisation seule par un appareil, même le plus parfait, ne suffisait pas pour rendre compte des effets obtenus: « Comme j'ai eu l'occasion « disait-il, de traiter et de suivre de nombreux malades atteints « de tumeur blanche, à l'hôpital Sainte-Eugénie, je crois être en « état de faire la juste mesure de ce qui doit revenir à l'immo- « bilisation et au traitement médicamenteux dans le procédé « de M. Suchard. Il m'a donc semblé qu'il y a dans ce résultat « quelque chose de plus que ce qu'on obtient par l'immobili- « sation.

M. de Saint-Germain prit la parole après M. Sée: « Je com- « prends bien, dit-il, la valeur des arguments de nos collègues « et j'aurais désiré que M. Suchard prolongeât ses expériences « plus longtemps avant de nous parler de ses résultats. Cepen- « dant, je ne puis taire combien j'ai été frappé par la promp- « titude des changements qui se sont opérés.

« Parmi les malades soumis au traitement, il y en a trois « qui se faisaient remarquer par la gravité de leurs atteintes. « L'un d'eux m'était fortement recommandé par M. Pinard, « on voulait déjà lui amputer la jambe en province, et pen- « dant les quinze mois qu'il a passés dans mon service, j'ai été « plusieurs fois sur le point de prendre ce parti ; je lui ai ap- « pliqué le pansement ouaté compressif et d'autres pansements « à diverses reprises. Depuis que M. Suchard le traite, il a eu « une amélioration progressive sans alternatives d'aggravation « comme précédemment.

« Il en est de même des deux autres qui en étaient arrivés à « une période aussi avancée que possible ; ils étaient à ampu- « ter et j'ai assisté depuis le nouveau pansement à une amé- « lioration continue vraiment saisissante. Néanmoins, je crois « qu'il importe de différer toute appréciation, toute conclusion « et d'attendre des faits plus nombreux conduits jusqu'à guéri- « son complète. »

Cette discussion à la Société de chirurgie amena le résultat que nous désirions ; elle éveilla l'attention des chirurgiens sur ce mode de traitement des tumeurs blanches ; le pansement

Scott fut dès lors mis en usage, à notre connaissance, par les docteurs Polaillon, chirurgien à l'hôpital de la Pitié ; Périer, à Saint-Antoine ; Lucas-Championnière, à Tenon ; Charles Monod, dans sa clientèle et à Ivry. Le docteur Cazin, qui avait été mis au courant du procédé que nous préconisons par le docteur Périer et par nous-même, en fit un grand usage parmi les petits malades envoyés par l'Assistance publique à Berck-sur-Mer ; deux de ses élèves profitèrent des observations qu'ils avaient pu recueillir dans cette station maritime : l'un pour en faire le sujet de sa dissertation inaugurale (*De l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches, thèses de Paris,* 1882, *L. Poirier*) ; l'autre pour publier une étude intitulée : *Du traitement des tumeurs blanches par l'appareil de Scott, Gazette médicale de Picardie*, janvier 1885. *Dr Dhourdin.*

Citons également un article de fonds du Dr *J. Lucas-Championnière* (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques du Dr Lucas-Championnière,* novembre 1885), parlant des beaux résultats obtenus par lui dans les tumeurs blanches et les lésions scrofulo-tuberculeuses et écrit dans le but d'appeler l'attention des médecins sur les ressources qu'offrent les pansements mercuriels dans les affections de cette espèce.

L'application du pansement Scott s'est donc vulgarisée depuis 1879, non seulement à Paris et en France, mais aussi au grand hôpital de Genève, à l'hôpital cantonal de Lausanne et à celui de Lavey. Nous croyons cependant opportun de rappeler l'attention sur ce sujet, en donnant dans ce journal les observations de plusieurs cas de tumeurs blanches que M. de Saint-Germain a bien voulu nous confier cet hiver dans son service des Enfants-Malades, avec l'amabilité qu'il avait déjà eue pour nous en 1879.

Il ne sera pas inutile de donner ici le manuel opératoire sur lequel plusieurs chirurgiens nous ont demandé à différentes reprises des renseignements. Une description exacte du procédé est d'autant plus nécessaire que, depuis notre communication à la Société de chirurgie, quelques médecins ont modifié notre *modus faciendi* pour simplifier le pansement et

gagner du temps. Or, à notre avis, ce n'est pas chose indifférente.

Voici donc les éléments qui entrent dans la composition de ce pansement et la manière de les appliquer, suivant les prescriptions exactes de Scott, que nous avons vérifiées, du reste, dans son ouvrage : *On the diseases of the joints. Dublin* 1828.

Il faut avoir sous la main :

1° Environ 200 grammes d'*alcool camphré ;*

2° *Du lint* (charpie anglaise sur étoffe), livré maintenant de très bonne qualité par la fabrique internationale d'ojets de pansement Shaffhouse et Montpellier, fondée en vue des produits nécessaires au pansement antiseptique ;

3° *Une pommade* composée de ;

Pommade mercurielle double camphrée, cérat de savon, parties égales.

4° Un rouleau de 1 à 2 mètres de *sparadrap de diachylon* ordinaire ; le meilleur est le plus agglutinatif ;

5° *Un morceau de peau* de mouton ou de chèvre, d'une dimension proportionnée à l'articulation à envelopper, recouverte d'une couche épaisse d'*emplastrum saponicum* ;

6° Enfin, une *bande roulée* de toile ou de calicot souple d'une longueur de plusieurs mètres, suivant la dimension de la partie malade à envelopper et d'une largeur de 4 à 5 centimètres ; il va sans dire que pour les pansements des doigts, elle ne sera plus que de moitié.

L'application se fait de la manière suivante :

1° On lotionne toute la surface malade avec une petite éponge ou une compresse imbibée d'alcool camphré de façon à ce que la peau soit débarrassée de toute impureté ou de tout topique qui aurait pu être appliqué antérieurement ; la peau ainsi bien nettoyée, on la frictionne plus fortement pendant 2 à 3 minutes jusqu'à produire petit à petit une chaleur et une rubéfaction assez accentuée. Il va sans dire que dans les cas d'arthrite douloureuse, il faudra procéder avec ménagement lors de l'application du premier ou des deux premiers pansements, et que, lorsqu'il y a plaie ou fistule, on évitera de tou-

cher avec de l'alcool les surfaces dénudées, ce qui ferait souffrir inutilement.

2° On taille un morceau de lint assez grand pour faire complètement le tour de l'articulation malade, sans interruption aucune, et assez haut pour dépasser notablement les ligaments articulaires ; ainsi dans une arthrite du genou, on ira du milieu du triceps sural jusqu'à l'union des deux tiers supérieurs de la cuisse avec son tiers inférieur ; pour le coude, on ira du milieu de l'avant-bras jusqu'au milieu du bras. On recouvre entièrement le lint du côté non plucheux avec une couche épaisse de la pommade mercurielle (dont l'ordonnance ci-dessus) ; il ne faut pas l'épargner ; ainsi, pour un genou d'adulte, nous avons parfois dépensé pour un seul pansement jusqu'a 200 ou 250 grammes de cette pommade.

3° Le diachylon sera coupé en bandelettes de 2 à 3 centimètres de largeur et ayant une longueur suffisante pour pouvoir entourer le membre malade et pour qu'en outre les extrémités de chaque bandelette puissent se croiser l'une sur l'autre ; on les appliquera imbriquées, comme dans le pansement classique par occlusion des plaies de jambe. Cette cuirasse de diachylon doit commencer un centimètre moins bas et s'élever un centimètre moins haut que le lint, afin que le sparadrap ne soit jamais en contact avec la peau, ce qui pourrait produire au bout de quelques jours une irritation inutile. Il est bien entendu que l'on procède de bas en haut, c'est-à-dire en remontant de l'extrémité du membre à sa racine.

Pour les articulations plus ou moins cylindriques comme le genou, le poignet, un doigt, ces bandelettes imbriquées sont faciles à appliquer de haut en bas sans interruption ; il n'en est pas de même pour l'articulation tibio-tarsienne, ou pour un coude fléchi à angle droit ; il faut alors souvent consolider le pansement par quelques tours de diachylon en sens inverse ; ainsi pour le coude, on ajoutera aux bandelettes déjà placées de bas en haut, d'autres bandelettes dont le milieu sera appliqué sur l'olécrâne.

Le diachylon dans notre appareil doit exercer une compres-

sion réelle sur les points tuméfiés de l'articulation et autant que possible pas à côté. Ainsi pour une tumeur blanche du coude, on serrera peu pour commencer au niveau des muscles de l'avant-bras ; on serrera plus fortement au niveau du pli du coude sur l'épitrochlée, l'épicondyle, etc. ; moins à l'extrémité inférieure du bras, et pas du tout en arrivant au milieu du bras où le pansement s'arêtera. Dans les cas où l'on redouterait les inconvénients de la compression, on la fera très modérée au début du traitement et on l'augmentera graduellement.

4° On taillera dans la peau enduite d'emplastrum saponicum quatre morceaux rectangulaires : un supérieur, un inférieur, deux latéraux destinés à faire fonction d'atelles; ces morceaux auront la hauteur du lint et une largeur suffisante pour envelopper la cuirasse de diachylon tout en s'imbriquant les uns sur les autres sur une étendue d'un à deux centimètres. On appliquera d'abord le supérieur et l'inférieur puis les deux latéraux. Pour un genou peu déformé on peut faire les quatre morceaux presque égaux, tandis que pour une articulation, plus ou moins anguleuse, il faut que le morceau postérieur soit beaucoup plus long et plus large que les autres, et qu'il soit même incisé sur les bords pour qu'il puisse se mouler exactement sur le diachylon sans godets.

5° La bande roulée sera appliquée par-dessus les quatre valves de cuir pour consolider tout le système.

Il faudra avoir soin que plusieurs tours de bande dépassent l'appareil à chacun de ses bords, afin qu'ainsi le cuir soit exactement appliqué sur la peau et qu'il y ait le moins d'entrée d'air possible.

Telle est notre manière de faire qui en somme est celle de Scott; elle a paru compliquée à plus d'un praticien et l'on a cherché à la simplifier.

Déjà Mathias Mayor, en Suisse, essaya de ne conserver de l'appareil que les bandelettes de diachylon qu'il laissait en place une quarantaine de jours, quitte à en rajouter de temps en temps de nouvelles quand le pansement lui semblait se relâcher. D'autres chirurgiens, mettant de côté le diachylon,

ont employé la pommade mercurielle recouverte de ouate d'abord, puis de bandes silicatées ou plâtrées ; mais la modification la plus importante que l'on ait fait subir au pansement de Scott est celle du docteur Cazin, de Berck. M. Cazin est à la fois un chirurgien distingué et un homme très érudit ; il a découvert dans les volumes de sa bibliothèque « qu'en 1847, « Raymond Broussonnet, médecin principal de l'Hôpital géné- « ral de Montpellier, ayant eu connaissance de l'appareil de « Scott, le communiqua à Boileau de Castelnau, qui l'appli- « qua en lui faisant subir les modifications suivantes : au lieu « de pièces de flanelle destinées à recevoir l'onguent mercu- « riel, il employait le linge ordinaire, puis il entourait le « membre d'un bandage amidonné de Seutin ; avec cet appareil, « Boileau, de Castelnau, obtint des résultats si beaux qu'il « publia un mémoire dans lequel il rapporta les cas traités et « guéris par cette méthode. On lit dans ce traité : Avant l'em- « ploi de ce procédé, mes efforts comme ceux de tous les pra- « ticiens, étaient vains contre les lésions articulaires appelées « tumeurs blanches. L'amputation et la mort étaient les seules « chances pour le malade. » (Citation de la thèse du Dr Poirier.)

M. Cazin, encouragé par l'expérience de Boileau de Castelnau, trouvant aussi les valves de cuir dispendieuses et difficiles à se procurer, et cherchant à donner à ses petits malades très remuants, un appareil plus solide, eut l'idée de remplacer le cuir par des bandes silicatées.

Voici comment, au dire du Dr Poirier, il procède dans son hôpital maritime :

« Application d'une couche de pommade mercurielle pré- « parée selon la formule du docteur Suchard, étendue sur « une couche de coton cardé. » (D'après le Dr Dhourdin, 1885, M. Cazin emploierait une pommade ainsi modifiée :

onguent napolitain......	250 grammes.
camphre.................	50 —
cire jaune..............	60 à 80 grammes.)

« La compression à l'aide des bandelettes, se fait sur le

« coton, puis la carapace emplastique étant complète, enrou-
« lement dans une nouvelle couche de ouate, laquelle est re-
« couverte à son tour par une bande roulée silicatée. »

Mais M. Cazin a encore fait subir à l'appareil Scott une modification bien plus radicale; frappé du fait que la pommade mercurielle ne provoquait ni salivation, ni glossite, ni gingivite, oubliant que c'est là un bénéfice du jeune âge, il en conclut qu'il n'y a pas d'absorption, partant pas d'effets possibles : « Sur un nombre de plus de 100 malades de l'hôpital,
« M. Cazin a utilisé ce mode de traitement; il n'a jamais eu
« le moindre accident; dans les premiers cas, il surveillait
« attentivement la muqueuse buccale et l'état des glandes sa-
« livaires, depuis il ne s'en inquiète plus. » (Poirier, *loc. cit.*) Il en conclut donc que l'appareil Scott agit par une immobilisation et une compression bien faites, que le rôle de la pommade mercurielle est secondaire et il la remplace par de la vaseline. Il obtint de beaux effets ainsi que le témoigne une observation relatée par M. Poirier; nous ne savons pas si ce premier succès a été suivi de beaucoup d'autres; nous en doutons, et nous pensons que sous peu M. Cazin en reviendra à la pommade hydrargyrique.

M. Championnière est d'une opinion diamétralement opposée à celle de M. Cazin sur l'action du mercure, « par cette
« raison qu'au lieu d'employer des appareils de compression
« ou la pommade composée, il a employé surtout l'ongent na-
« politain sur les tumeurs blanches des doigts, sur le spina
« ventosa du pied et de la main; il n'a jamais fait de compres-
« sion et cependant il a obtenu des succès d'une extraordi-
« naire rapidité. A l'hôpital Tenon, depuis quatre ans, il y a
« presque toujours des enfants qui sont traités de la sorte.

« Puis l'emploi de l'onguent mercuriel y est bien antrement
« généralisé et la rapidité extrême de la guérison des maladies
« scrofuleuses témoigne d'une puissante action antiseptique.» (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, par Lucas-Championnière, novembre, 1885.)

Ainsi pour M. Championnière le mercure, loin d'être se-

condaire, aurait au contraire le rôle principal. Au milieu de ces opinions contradictoires, cherchons par les observations que nous avons recueillies à jeter un peu de lumière sur la question.

(*A suivre.*)

REVUES DIVERSES

Analyses et extraits divers.

Ein Beitrag zur Statistik und Anatomie der Tuberculose im Kindesalter (Statistique et anatomie de la tuberculose dans l'enfance), par W. Schwer. (*Inaugural Dissertation. Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, n° 6, 1886.)

La dissertation inaugurale de l'auteur a pour objet l'étude de la tuberculose infantile à Kiel de 1879 à 1883. Elle est, à vrai dire, la continuation d'un travail analogue fait par Simmonds, dans lequel se trouvent réunis tous les cas de tuberculose survenus dans la même ville, chez les enfants, de 1873 à 1879. La statistique comprend donc tous les cas de tuberculose survenus à Kiel dans l'espace de onze ans.

Voici quelques chiffres intéressants :

1° *Enfants âgés de 0 à 5 mois.*

Age.	Nombre.	Tuberculose.	Pour 100.
Mort-nés.	94	—	—
de 1 jour à 4 semaines.	169	—	—
5 » à 9 »	123	1	0,8
3 » à 5 mois.	144	15	10,4

L'auteur s'appuyant sur ces chiffres conclut que la tuberculose congénitale n'existe pas, qu'elle est toujours une maladie acquise.

Ces conclusions paraîtront sans aucun doute trop absolues. L'auteur lui-même a observé la tuberculose chez un enfant âgé de 9 semaines. Comment peut-il prouver que cet enfant n'est point né tuberculeux? Au reste, l'observation de Johne (*Allgem. med. Central-Zeitung*, n° 28, 1885), relativement à un cas non douteux de tuberculose fœtale, prouve suffisamment que l'on peut rencontrer même chez le fœtus la tuberculose bacillaire.

2° Enfants âgés de 5 mois à 15 ans.

Age.	Nombre.	Tuberculose.	Pour 100.
6 à 12 mois.	160	28	17,5
2 ans.	188	49	26,0
3 »	104	47	45,2
4 »	82	27	32,9
5 »	53	20	37,7
6 à 10 ans.	112	40	35,7
11 à 15 »	89	28	31,5

Ces chiffres confirment l'opinion de la plupart des auteurs, d'après laquelle les cas de tuberculose miliaire s'observent en plus grand nombre pendant les premières années de la vie, que leur fréquence diminue ensuite progressivement jusqu'à la puberté.

L'auteur étudie également les voies de propagation que suit le processus tuberculeux chez les enfants. La marche de la maladie peut s'expliquer d'une façon rationnelle, lorsque le processus est localisé dans l'appareil respiratoire, digestif ou génital. Mais la pathogénie de la maladie est bien plus obscure, lorsque les méninges prennent part, soit primitivement, soit secondairement, au processus tuberculeux. L'auteur discute à ce propos l'hypothèse de Heller, d'après laquelle les bacilles suivent les voies lymphatiques de la muqueuse nasale, pour pénétrer jusque dans le cerveau. Cette question est encore en litige. Cependant, on sait que Axel, Key et Retzius ont démontré que les espaces lymphatiques de la muqueuse nasale communiquent largement avec ceux des méninges. A l'aide de cette hypothèse, la fréquence de la tuberculose cérébrale chez les tout jeunes enfants s'expliquerait assez facilement, les enfants respirant surtout par le nez, par suite du développement incomplet du maxillaire inférieur et de l'étroitesse de la cavité buccale.

L'auteur passe finalement à l'étude des lésions anatomo-pathologiques, fournies par 123 autopsies. Il a rencontré la tuberculose méningée 53 fois, la tuberculose des organes respiratoires 103 fois, celle de l'intestin 61 fois, celle du foie 104 fois, enfin, la tuberculose des reins 83 fois, celle de la glande thyroïde 12 fois, celle des muscles striés 2 fois. La tuberculose infantile se compliquerait rarement, suivant l'auteur, de maladies infectieuses.

Zwei Fälle von Meningitis tuberculosa mit tödtlichem Ausgange, ein Fall mit Iodoformeinreibung behandelt. Gesundheit (Deux cas de méningite tuberculeuse terminés par la mort, un cas traité par des frictions avec une pommade à l'iodoforme ; Guérison), par E. Nilsson (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. VII, fasc. III, 1886.)

Une famille, dont la mère présentait des antécédents héréditaires de tuberculose, perdit successivement, à intervalles rapprochés, trois enfants.

Le premier, une petite fille de 3 ans, mourut consécutivement à une coqueluche compliquée de pneumonie.

Presque en même temps, un garçon de 6 ans, se mit à pâlir et à maigrir considérablement. Il présenta bientôt tous les signes du début d'une méningite. Caractère mobile, sommeil troublé par des rêves bruyants, grincement des dents. Vomissements à deux reprises différentes seulement. Constipation. Pouls, 100. Température 38°. Calomel, iodure de potassium, glace. Peu de temps après, mouvements convulsifs des muscles des bras et des jambes. Pas d'inégalité des pupilles, mais un peu de strabisme. Enfin, parésie de toute la moitié droite du corps. Respiration de Sheyne-Stokes. Mort au bout de quinze jours.

Quinze jours après la mort du petit garçon, une fillette âgée de près de 1 an, appartenant à la même famille, fut prise également de vomissements, d'attaques convulsives, d'aphasie, et succomba avec tous les symptômes de la méningite tuberculeuse dans l'espace de quelques jours.

Enfin, dans le même laps de temps, le dernier enfant qui restait à cette malheureuse famille, un garçon de 8 ans, vint à présenter des symptômes morbides tout à fait identiques. Céphalalgies. Constipation. Sommeil troublé. Puis tout à coup, vomissements répétés. Calomel et iodure de potassium. Au bout de huit jours, perte de connaissance, mouvements convulsifs des bras et des jambes. L'auteur eut alors l'idée de faire sur la tête complètement rasée de l'enfant des frictions répétées avec une pommade à l'iodoforme (1 : 10). Dès le lendemain, les attaques convulsives diminuèrent d'intensité, le sommeil devint plus calme. Les applications de pommade à l'iodoforme furent continuées pendant trente-huit heures. Pendant ce temps les symptômes de la méningite s'amendèrent progressivement. Le petit malade put quitter le lit en bonne santé au bout d'un mois.

Ueber tuberculose Ostitis der platten Schattelknochen (De l'ostéite tuberculeuse des os plats du crâne), par J. Israel. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, n° 6, 1886.)

L'ostéite tuberculeuse des os plats du crâne a été décrite d'abord par Nélaton, puis beaucoup plus tard, en 1880 par Volkmann. Cette affection s'observe rarement, si l'on en exclut la carie plus fréquente de l'apophyse mastoïde; par cela même, l'observation suivante recueillie par J. Israël mérite d'être rapportée dans ses lignes principales.

En novembre 1878, un petit garçon âgé de 6 ans, d'une constitution vigoureuse, présenta, à la suite d'une chute sur le crâne une plaie contuse de la région temporale droite. Pansements antiseptiques pendant huit jours. Au bout de trois mois, la plaie ne se cicatrisant pas, le petit malade est ramené à l'hôpital. A ce moment on constata une fracture compliquée du pariétal avec dépression et chevauchement des deux fragments; en outre, au niveau de la fracture existait une fistule par laquelle on put faire passer profondément une sonde cannelée entre la dure-mère et l'os. Injections de teinture d'iode et grattage de la fistule. Bientôt apparurent, sur la moitié droite du crâne, accompagnées de légers mouvements fébriles, trois tumeurs ovalaires, circonscrites, de la grosseur d'une pièce de un franc, et situées, l'une sur le pariétal, les deux autres sur la bosse frontale. La peau sous-jacente n'était pas modifiée, la palpation provoquait de la douleur et donnait une sensation de fluctuation. A la suite d'une incision qui donna issue à une certaine quantité de pus, on put voir qu'à ce niveau les os du crâne étaient dépourvus de leur périoste. Au bout de quelque temps, symptômes de compression du côté du cerveau, vomissements, somnolence, strabisme, etc., en outre, au niveau de l'abcès du pariétal, oscillation, du pus isochrones aux pulsations cérébrales; le processus avait évidemment gagné la cavité crânienne.

En mai 1879, trépanation des régions osseuses malades: on put constater entre les deux tables osseuses, externe et interne, dans les mailles du diploé, une infiltration caséeuse, d'une coloration jaune pâle. Plus profondément, entre l'os et la dure-mère, nouvelles masses caséeuses; enfin la dure-mère elle-même était transformé en un tissu granuleux. Les bords de la fracture ainsi que le trajet fistuleux étaient également tapissés de granulations. Toutes ces régions furent soigneusement ruginées et les partions osseuses enlevées au moyen de la curette. Pendant que la plaie était en voie de cicatrisation, il se

développa encore sur le pariétal droit et la moitié gauche du frontal, deux nouvelles petites tumeurs élastiques,mais nullement fluctuantes, constituées par des amas de granulations, et qui guérirent spontanément en laissant des cicatrices osseuses profondes.

Presque en même temps, apparition, du côté droit de la base du crâne, d'un foyer purulent qui souleva le pavillon de l'oreille. Le pus se fit jour entre l'oreille et le temporal à travers une fistule qui résista à tous les traitements; finalement le grattage seul en amena la cicatrisation.

Ainsi fut close la série des maladies des os du crâne. Mais pendant six ans consécutifs, le malade présenta de nouveaux foyers caséeux, d'abord dans l'astragale droit, puis, quelques mois après, dans les os du tarse du côté correspondant, puis encore au niveau des cartilages costaux et, enfin, dans les os du pied gauche. Le malade resta ainsi pendant sept ans en traitement et subit 35 opérations différentes ayant toutes pour objet la guérison de ses foyers caséeux.

Méningocel falsa oder spuria traumatica geheilt durch wiederholte Injection von Iodtinktur (**Meningocèle falsa ou spuria traumatica, guérie par des injections répétées de teinture d'iode**), par le professeur C. Nicoladoni. (*Wiener medizinische Presse*, n° 2, 1886.)

Un petit garçon de 5 mois 1/2 présente, depuis le deuxième jour de sa naissance, au-dessus du pariétal droit, une tumeur arrondie, de la grosseur d'une orange, s'étendant de l'oreille du côté correspondant jusqu'à la suture sagittale. La peau sus-jacente est très tendue. La tumeur, exposée à la lumière du soleil, est absolument transparente; on y perçoit des pulsations à la vue et au toucher; lorsque l'enfant jette des cris, elle devient plus convexe et la peau sus-jacente est soumise à une tension plus considérable.

Le 19 mars 1885, première ponction ; il s'écoule 140 grammes de liquide jaune vineux, un peu trouble, non coagulable (liquide cérébro-spinal. Loebisch). La tumeur vidée, on sent sur la face convexe du pariétal, une dépression profonde de l'os se dirigeant vers la suture sagittale. A chaque expiration, on voit, à travers cette dépression osseuse, les méninges se soulever par suite de l'afflux brusque d'une certaine quantité de liquide. Pendant l'inspiration, au contraire, les enveloppes cérébrales sont déprimées, et comme aspirées.

Le 26, deuxième ponction. Issue de 200 grammes de liquide céré-

bro-spinal. Injection de 6 grammes de teinture d'iode et d'eau distillée en quantité égale. La teinture d'iode est de nouveau aspirée au bout de cinq minutes. Bandage compressif.

Le 10 avril, troisième ponction. Issue de 100 grammes de liquide cérébro-spinal et injection de 13 grammes de teinture d'iode. Bandage compressif.

Les ponctions sont encore répétées à trois reprises différentes sans préjudice pour la santé de l'enfant. Les injections de teinture d'iode, après chaque ponction, sont très bien supportées.

Le 26 octobre 1885, la méningocèle a totalement disparu. Au niveau de la dépression du pariétal, on voit la surface des méninges faire une légère saillie à chaque expiration.

L'enfant est bien portant ; son intelligence ne paraît nullement affaiblie.

Ueber den Zusammenhang zwischen Chorea minor mit Gelenkrheumatismus und Endocarditis (Des rapports entre la chorée et le rhumatisme articulaire accompagné d'endocardite), par J. PRIOR. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 2, 1886.)

Après avoir passé en revue l'historique de cette intéressante question : des rapports entre la chorée et le rhumatisme, l'auteur étudie, à ce point de vue, 92 cas de chorée qu'il a observés à Bonn, dans la clinique du professeur Rühle. Il divise ces 92 cas en 3 groupes.

Le premier groupe comprend 85 cas de chorée, dans lesquels on n'a trouvé aucune trace ni de maladie cardiaque, ni d'affection rhumatismale.

Le deuxième groupe contient 1 *cas seulement* de chorée accompagné de rhumatisme. Il s'agit d'une fillette de 10 ans, qui aurait présentée un souffle cardiaque quelques mois avant l'apparition de la chorée. 15 jours avant le début de cette maladie, douleurs dans les doigts et les articulations de la main droite. Pas de souffle au cœur à ce moment.

Dans le troisième groupe sont placés 4 cas de chorée compliqués de souffles cardiaques déjà anciens. Chez l'une des malades, une fillette de 9 ans, on avait diagnostiqué, il y a déjà plusieurs années, une insuffisance mitrale nullement précédée de rhumatisme articulaire aigu. Deux autres fillettes, âgées de 8 ans, se trouvent dans le même cas. Enfin, la quatrième malade, âgée de 18 ans, avait présenté, il y

a sept ans, un gonflement très douloureux des articulations du genou, du pied et du coude; en même temps, la respiration se trouvait gênée, et, en outre, la malade a présenté, depuis cette époque, des battements de cœur. A l'auscultation on perçoit, aujourd'hui encore, un souffle très net d'insuffisance mitrale.

Donc, sur 92 cas de chorée, 5 seulement sont compliqués d'une affection cardiaque. C'est-à-dire que 5,4 p. 100 de chorée seulement sont en rapport avec une lésion du cœur, tandis que 94,6 p. 100 sont complètement indépendants de toute affection de cet organe. L'auteur conclut qu'aucune loi ne préside à la coïncidence de ces deux maladies : chorée et endocardite. En outre, d'autres causes s'opposent à ce qu'il puisse y avoir un rapport entre la chorée et l'endocardite. La chorée, dit M. Prior, s'observe surtout dans le jeune âge et est exceptionnelle au delà de 15 ans ; l'endocardite, au contraire, et les affections rhumatismales qui lui donnent naissance sont fréquentes, surtout entre 20 et 30 ans. D'un autre côté, la chorée est plus fréqente chez les filles. Le rhumatisme et les affections cardiaques, au contraire, atteignent de préférence les garçons. La chorée est également soumise à une certaine prédisposition héréditaire, on l'observe surtout chez des enfants issus de familles névropathiques. La chorée est souvent la conséquence d'excitations psychiques ; joie ou frayeur; elle est contagieuse dans certaines circonstances. Enfin, l'acide salicylique n'exerce aucune action sur la marche de la chorée. Tous ces faits démontrent nettement que la chorée ne survient point sous l'influence d'une maladie cardiaque ou d'une diathèse rhumatismale.

Il est plus logique d'invoquer d'autres causes pouvant donner lieu à la chorée. Celle-ci, comme on sait, peut être d'origine réflexe, on l'a observée bien des fois, en effet, chez les femmes enceintes; chez elles, la surface interne de l'utérus est le siège de l'excitation. Dans certains cas, l'hypertrophie du cœur, en irritant mécaniquement le nerf phrénique, peut être le point de départ d'une attaque de chorée réflexe. Les maladies infectieuses, par exemple la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, la diphthérie, peuvent également donner naissance à la chorée. Celle qui survient à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu peut être rangée dans la même catégorie. Et, en effet, on tend de plus en plus à considérer l'endocardite aiguë non plus comme une complication proprement dite de la polyarthrite rhumatismale aiguë, mais comme une manifestation particulière

de la même maladie infectieuse. On peut donc supposer que la chorée, lorsqu'elle survient consécutivement à une endocardite, est produite par des agents analogues à ceux qui provoquent cette affection dans le cours des maladies infectieuses.

Quant aux embolies capillaires qu'on a invoquées pour expliquer la pathogénie de la chorée, l'auteur les considère comme peu démontrées et peu vraisemblables. Quoi qu'il en soit, les cas de chorée qui peuvent rentrer dans cette dernière catégorie sont de loin les moins nombreux. Tous ces faits justifient la conclusion de l'auteur : « La chorée est, aujourd'hui encore, une névrose sans localisation anatomique connue. »

Zur Behandlung der Chorea minor (Du traitement de la chorée), par F. Frühwald. (*Arch. für Kinderheilkunde*, t. XXIV, f. 1 et 2, **1886.)**

En 1872, Eulenburg (1) et Smith (2) ont proposé de substituer à l'arsenic administré par la bouche les injections sous-cutanées de la liqueur de Fowler, dans le traitement de la chorée. M. Frühwald communique les résultats obtenus par ce nouveau mode de traitement, à la clinique du professeur Widerhofer.

Le liquide employé pour les injections sous-cutanées consistait en une solution arsenicale de Fowler, en dissolution dans une égale quantité d'eau distillée.

Au début du traitement, on n'injectait qu'une division de la seringue de Pravaz, puis on augmentait tous les jours d'une nouvelle division, jusqu'à la dixième. Arrivé à ce maximum, on diminuait tous les jours d'une division. La quantité de liquide injecté était en rapport avec l'âge de l'enfant et la gravité de sa maladie.

Les injections sous-cutanées étaient pratiquées profondément et alternativement sur l'une ou l'autre des extrémités, préalablement lavée avec une solution de thymol.

En même temps qu'on faisait les injections sous-cutanées, on a administré à un certain nombre de malades la liqueur de Fowler par

---

(1) Eulenburg. *Zur Therapie des Tremor und der Paralysis agitans. Berliner Klin. Wochenschrift*, 1872, n° 46, et *Ziemssen's Handbuch*, t. XII, 2, p. 474.

(2) Lewis Smith. *Medical Record*, 1872.

la bouche, de cette manière on put comparer l'un à l'autre les deux modes d'administration de la solution arsenicale.

On commençait, dans un cas, par administrer 5 gouttes de la liqueur de Fowler dans 70 grammes d'eau distillée et 10 grammes de sirop; on augmentait tous les jours de 1 ou de 2 gouttes jusqu'à 24 par jour.

Les malades soumis ainsi au traitement arsenical étaient au nombre de 25, dont 18 filles et 7 garçons, âgés de 5 à 14. 23 d'entre eux furent traités au moyen des injections sous-cutanées; chez les 3 derniers, on administra la liqueur de Fowler par la bouche. Relativement à l'étiologie, ces 25 cas de chorée se répartissent de la façon suivante : 19 peuvent être attribués à une frayeur vive, ou à toute autre excitation psychique ; 2 cas sont des récidives, mais qui n'avaient pas été traitées antérieurement par l'arsenic; enfin, chez 3 malades seulement, la chorée coïncidait avec un rhumatisme articulaire aigu, sans complications cardiaques.

Quant aux résultats thérapeutiques obtenus par les injections sous-cutanées, on peut dire, d'une façon générale, que ce mode d'administration est préférable à l'absorption du médicament par les voies digestives. Déjà, au bout de la première semaine du traitement, l'amélioration était notable, et, dans la plupart des cas, la guérison était complète vers la troisième ou la quatrième semaine. Sur les 25 malades, il n'y eut qu'un seul cas de récidive ; chez tous les autres, la guérison fut définitive.

Il est probable que l'arsenic, lorsqu'il est injecté directement sous la peau, pénètre plus facilement dans le sang et exerce par cela même une action plus rapide sur l'organisme.

Ein Fall von acuten Gelenkrheumatismus bei einer Mutter und deren neugeborenem Kinde. (Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez une mère et son enfant nouveau-né), par SCHÆFFER. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 5, 1886.)

Une femme âgée de 35 ans, au dernier terme de sa cinquième grossesse, se plaignit, le 1er mai 1884, de douleurs très vives siégeant dans l'articulation coxo-fémorale gauche et radio-carpienne droite. Ces articulations étaient, en outre, le siège d'un gonflement interne. T. 38,9. Pas de matité cardiaque, pas de souffle. Salicylate de soude, 1 gram. toutes les 2 heures. Le lendemain, l'affection rhumatismale

avait envahi toutes les articulations de la main droite. L'articulation coxo-fémorale gauche était toujours tout aussi douloureuse.

Le 5 mai, la malade met au monde un enfant bien portant. Accouchement normal.

Le 8 mai, les faces dorsales des deux pieds sont légèrement tuméfiées. T. 38,7. Appétit médiocre. Le 9 mai, le tuméfaction de la face dorsale des pieds est plus intense ; en outre, les articulations phalangiennes de l'indicateur gauche sont le siège d'une rougeur vive et d'un gonflement notable; en même temps l'articulation coxo-fémorale est douloureuse. Le 10 mai, rougeur, gonflement et douleur se sont généralisés aux articulations des mains, ainsi qu'aux deux articulations coxo-fémorales. T. 39,3, Pas de souffle au cœur.

La marche de la maladie fut lente aussi bien chez la mère que chez son nouveau-né. A ce dernier, on administra également du salicylate de soude, à la dose de 0 gr. 25 par jour. L'action de ce médicament fut nulle sur la fièvre et la lésion articulaire; on fut obligé de le supprimer au bout de quelques jours par suite de troubles digestifs intenses. Ce n'est que vers la fin du mois de mai que l'état général de l'enfant s'améliora sensiblement; les douleurs et la gêne des mouvements actifs persistèrent jusque vers la fin du mois de juin. La mère guérit également sans complication.

Suivant l'auteur, il s'agit sans aucun doute, dans ce cas, d'un rhumatisme articulaire aigu survenu chez un nouveau-né, qui a été infecté pendant la vie intra-utérine. Quelle a été la durée d'incubation de ce rhumatisme articulaire aigu ? M. Schäfer pense que l'infection a eu lieu du 1er au 5 mai, et que, l'enfant ayant été très bien portant jusqu'au 8 mai, la durée d'incubation à oscillé entre 4 et 7 jours.

(Il existe dans la littérature un seul cas de rhumatisme articulaire aigu observé chez un nouveau-né immédiatement après la naissance. Il a été publié par Ernest Pocock, *in Lancet*, 1882, p. 804.)

Beiträge zur Pathologie und Therapie der diphtheritischen Lähmungen (Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique des paralysies diphthéritiques, par E. ADLER. (*Dissert. inaug. Halle*, 1885, et *Med. chirurg. Rundschau*, n° 4, 1886.)

Ce travail, inspiré par le professeur Seeligmüller, est basé sur vingt-trois observations de paralysies diphthéritiques. Les paralysies diph-

théritiques peuvent survenir à la suite de toute diphthérie pharyngienne, qu'elle soit bénigne ou grave. La paralysie est le résultat d'une action spécifique de l'agent infectieux sur le système nerveux. Au point de vue anatomo-pathologique, les hémorrhagies dans l'intérieur des troncs nerveux n'ont point l'importance qu'on leur attribuait autrefois; on les a observées dans d'autres maladies infectieuses, sans qu'elles aient produit des symptômes de paralysie. Sainclair-Pierrot a voulu expliquer la pathogénie des paralysies par une méningite diphthéritique concomitante. L'auteur n'a trouvé cette dernière que trois fois. Il rejette également l'opinion de Déjerine qui attribue la paralysie à une polymyélite antérieure, parce que, comme l'a démontré Paul Meyer, la substance grise n'est pas le siège d'une inflammation, mais seulement d'une dégénérescence, parce que, en outre, contrairement à ce qui se passe dans la polymyélite antérieure, la dégénérescence a envahi tous les groupes cellulaires des cornes antérieures et enfin parce que nombre des cellules dégénérées n'est pas en rapport avec les lésions si intenses des nerfs périphériques. La grande étendue des lésions de dégénérescence qu'on observe, tant sur le système nerveux périphérique que sur le système nerveux central, s'explique peut-être par ce fait, que le poison diphthéritique peut pénétrer, par n'importe quel point, jusque sur le système nerveux. On observe parfois sur les nerfs périphériques d'individus morts de diphthérie, sans avoir présenté aucun symptôme de paralysie, une dégénérescence plus ou moins intense des gaines, même des faisceaux nerveux. Certaines familles paraissent présenter une prédisposition spéciale pour les paralysies diphthéritiques.

Le début de la paralysie ne se laisse reconnaître par aucun symptôme. C'est ordinairement le voile du palais qui est le premier paralysé, sa paralysie peut être totale ou partielle. La durée des paralysies varie de quelques jours à quelques semaines, elles se terminent ordinairement par la *restitutio ad integrum*.

Le professeur Seeligmüller accorde la plus grande valeur au traitement des paralysies diphthéritiques par l'électricité. Dans les paralysies du voile du palais, on emploie des courants constants, le pôle positif étant placé sur la nuque, le pôle négatif le long du cou, directement au-dessous du maxillaire inférieur. Lorsque les muscles de l'œil sont paralysés, on place également le pôle positif sur la nuque et le pôle négatif dans le voisinage des muscles paralysés. Enfin, dans les paralysies des extrémités, l'électrode positif est placé dans

la région lombaire et le négatif sur les nerfs moteurs et sensibles qu'on veut exciter. Dans les cas rebelles, Seeligmüller recommande de faire passer, pendant dix minutes, un courant descendant de dix éléments le long de la colonne vertébrale.

Die Lage und Grenzen des Herzens bei Kindern (La situation et les limites du cœur chez les enfants), par S. Wassilewski. (*St-Petersburger med. Wochenschrift*, n° 3, 1886, et *Allgmeine Med. Central. Zeitung*, n° 13, 1886.)

On sait que chez les enfants, le cœur est situé plus horizontalement que chez les adultes. L'auteur a pratiqué 1,820 mensurations sur des enfants bien portants, âgés de 1 à 12 ans. Il a trouvé que chez 0,6 p. 100 seulement de ces enfants, le choc du cœur se produit sur la ligne maxillaire, que chez 98 p. 100, ce même choc se produit plus en dehors et chez 1,5 p. 100 plus en dedans. Chez 43,3 p. 100 on perçoit le choc dans le quatrième espace intercostal, chez 21,5 p. 100 dans le quatrième et le cinquième, et chez 35 p. 100 dans le cinquième espace. Le cœur est situé plus horizontalement, par suite de la plus grande élévation du diaphragme chez l'adulte, le diamètre transversal (costal) est plus grand que le diamètre antéro-postérieur (coraco-vertébral). Chez les enfants ces deux diamètres sont égaux jusqu'à l'âge de 2 ans ; à partir de ce moment, ils diffèrent un peu, mais bien moins que chez l'adulte.

L'auteur entre ensuite dans des détails très étendus sur sa méthode de mensuration et son procédé particulier de percussion. Il appelle finalement encore l'attention sur un symptôme particulier ayant son siège sous la clavicule gauche. A ce niveau on perçoit par la percussion une légère submatité et à l'auscultation des râles sous-crépitants humides. Ces phénomènes sont dus au voisinage du cœur qui gêne chez les enfants les mouvements d'expansion totale du sommet pulmonaire gauche.

Dr G. Boehler.

De quelques faits de gavage pratiqués sur de très jeunes sujets, par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (extrait des *Archives de Tocologie*, décembre 1885).

A l'exemple du Dr de Saint-Germain, de Legroux, cité par ce der-

nier, des Drs Stapfer et Dauchez, du professeur Tarnier, M. le Dr Descroizilles a pratiqué le cathétérisme de l'œsophage chez quelques très jeunes sujets, dans son service, au commencement de l'année 1885.

Comme de Saint-Germain, Stapfer et Dauchez, il s'est servi d'une petite sonde en caoutchouc rouge du nº 15 ou 16 de la filière Charrière, qu'il enfonçait à une profondeur de 18 à 20 centimètres, et à l'aide de laquelle, avec une seringue à hydrocèle, il injectait une quantité de lait équivalente au contenu de 3 à 4 cuillerées à bouche et additionnée de 2 à 3 grammes de rhum. Les enfants qu'il a essayé de nourrir par ce procédé ont tous accepté sans résistance l'introduction de la sonde.

Le premier, dit M. Descroizilles, était un petit garçon de neuf mois qui n'avait pas encore de dents, et qu'une diarrhée persistante avait profondément émacié. On l'avait nourri au biberon à partir du cinquième mois de son existence; il continua à s'alimenter ainsi à l'hôpital, où il fut admis au mois de janvier dernier, mais d'une façon insuffisante, et sans que le dévoiement s'arrêtât. Pendant neuf jours, je lui introduisis la sonde dans l'œsophage tous les matins, et je lui injectai 50 ou 60 grammes de lait; l'opération était renouvelée chaque jour deux ou trois fois dans l'après-midi. L'enfant sembla d'abord éprouver quelque amélioration sous l'influence du gavage, puis il s'affaiblit rapidement et succomba.

Un autre garçon de onze mois, également dépourvu de dents, fut traité de la même façon et en même temps que le premier. Il supporta très bien, pendant dix à douze jours, l'introduction de la sonde et l'injection du lait, en continuant à accepter le biberon, à l'aide duquel il avait toujours été alimenté depuis sa naissance. Atteint, au moment de son entrée à l'hôpital, de vomissements et de diarrhée, il présentait, au bout d'une semaine, un état relativement satisfaisant, car il ne vomissait plus, et le dérangement intestinal diminuait d'importance, quand il fut pris de broncho-pneumonie et mourut au bout de 48 heures.

Un mois plus tard, je reçus, dans ma salle Saint-Augustin, un garçon de dix mois qui dépérissait de jour en jour depuis deux semaines, et chez lequel le travail de la dentition n'avait pas encore commencé. Il présentait tous les caractères de l'athrepsie à un haut degré : nourri au sein pendant deux ou trois mois seulement, puis au biberon, il en était arrivé à refuser même ce moyen d'alimentation, et à

n'accepter que quelque cuillerées de lait ou d'eau sucrée. On lui fit le gavage sans la moindre difficulté, pendant cinq jours; mais l'émaciation et la faiblesse étaient trop considérables pour qu'on pût espérer un résultat favorable; l'enfant mourut moins d'une semaine après son entrée à l'hôpital.

Au mois de mars, je pratiquai l'alimentation artificielle chez un rachitique de 14 mois, qui, comme les précédents, n'avait pas de dents, et était notablement affaibli par des privations prolongées. Il ne pouvait se nourrir que de lait, qu'on lui donnait à l'aide du biberon, mais il le prenait avec avidité. Il s'habitua si bien à l'introduction de la sonde et à l'injection du liquide nutritif, qu'au bout de quelques jours il semblait demander, par son attitude, qu'on lui fit le gavage, dès qu'il nous apercevait, et cessait de s'agiter et crier, dès qu'il voyait qu'on s'apprêtait à le satisfaire. Les troubles dyspeptiques, qui existaient chez ce jeune malade au moment de son arrivée, avaient disparu, et, au bout de deux semaines, il engraissait visiblement, quand ses parents voulurent le reprendre: nous ne l'avons plus revu.

Enfin, au mois de septembre, on me pria de donner un lit à un garçon de 8 mois, qu'on élevait au biberon, et que sa mère, privée alors de toute ressource, était obligée de négliger complètement. Cet enfant, régulièrement conformé, et dont la bouche manquait encore de dents, paraissait n'être qu'affamé; il fut gavé pendant cinq jours très facilement, en même temps qu'il prenait avec le biberon une assez grande quantité de lait; je fis ensuite suspendre l'alimentation artificielle, parce qu'il me parut démontré qu'elle n'était pas nécessaire. Dans ce dernier cas, comme dans le précédent, l'amélioration était évidente, lorsque le petit garçon nous fut retiré par sa mère, qui, très probablement, ne fut pas à même de lui assurer, par la suite, le régime réparateur que nous lui avions procuré.

Je dois ajouter que, pour pratiquer le gavage, je faisais tenir l'enfant par une infirmière, en le plaçant en face d'une fenêtre, et en entourant son cou et ses épaules d'une serviette. J'appuyais ensuite la face palmaire de mon index gauche sur le dos de la langue, en introduisant le doigt jusqu'à l'isthme du pharynx, et je poussais la sonde, enduite de glycérine, en me servant de ce doigt comme de conducteur, jusqu'à une profondeur variable suivant la taille du malade, mais qu'on peut évaluer à 20 centimètres en moyenne. L'opéra-

tion est, d'habitude, très facile : mon interne, mes externes, la religieuse du service l'ont pratiquée comme moi, fort aisément, et c'est à peine si, par moi-même, sur quarante ou cinquante expériences, j'ai éprouvé trois ou quatre fois une résistance passagère. Dans plusieurs circonstances, j'ai vu des régurgitations se produire, ou du lait s'écouler par le bout supérieur de la sonde, immédiatement après l'injection. Mais je crois qu'on pourrait éviter ce reflux du liquide, en ayant soin de maintenir l'extrémité du tube qui sort de l'orifice buccal sur un plan plus élevé que cet orifice ; quant à la régurgitation elle est sans inconvénient, et indique, presque toujours, qu'on a injecté trop de lait, et que, par conséquent, les injections ultérieures devront être faites avec une quantité de liquide plus restreinte. Lorsque je pratiquerai de nouveau l'alimentation artificielle, je ferai usage d'un appareil analogue à celui d'Ebstein, ou à celui que le professeur Tarnier a employé, et qui se compose d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge, à laquelle on adapte une petite cupule de verre semblable à celles que l'on trouve chez les fabricants d'instruments de chirurgie, sous le nom de bout de sein artificiel.

Les quelques faits dont je viens de rendre compte ne peuvent être cités comme des succès dus à l'alimentation artificielle. Trois de mes malades sont morts, l'un de broncho-pneumonie, les deux autres à la suite d'un dépérissement progressif, après avoir été nourris partiellement par la sonde œsophagienne, pendant plusieurs jours. A coup sûr, le gavage ne les a pas empêchés de succomber, mais il n'a pas précipité le dénouement fatal ; quant aux deux autres, nous les avons perdus de vue, après avoir obtenu une amélioration incontestable, en les alimentant en partie avec le biberon, en partie avec les injections de lait dans l'estomac.

Dr Pierre-J. Mercier.

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Mai 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

D'UN CAS D'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE (1).

Par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le 14 novembre 1885, on me pria de donner une place dans mon service à un jeune garçon âgé de neuf ans, nommé Albert F..., qui était paralysé de toute une moitié du corps. Il fut couché au n° 13 de la salle Saint-Augustin. Il était important, dans un cas de ce genre, d'avoir des renseignements exacts sur les antécédents du malade, qui était incapable de nous les donner lui-même. Fort heureusement, nous nous trouvâmes en présence de parents intelligents qui purent nous raconter exactement quelle avait été la marche de l'affection et à quelles circonstances on pouvait la rattacher.

Atteint de rougeole à l'âge de quatre ans, cet enfant s'était bien porté jusqu'à la fin de 1884. A cette époque, dans les derniers jours d'octobre, il tomba sur la tête, au milieu d'exercices gymnastiques, d'un trapèze placé à deux mètres au-dessus du sol. Un peu étourdi sur

(1) Leçon faite en décembre 1885.

le coup, il put cependant rentrer le jour même à pied chez ses parents, et l'on ne vit survenir, tout d'abord, aucun trouble sérieux dans sa santé. Il retourna à son école, recommença à travailler avec zèle et obtint de bonnes places, comme par le passé. Il se plaignit pourtant, à différentes reprises, pendant l'hiver de 1884 à 1885, de douleurs de tête qui n'étaient ni très violentes, ni très exactement circonscrites. La situation resta la même jusqu'au mois de juillet, et ce fut alors seulement que le jeune garçon éprouva quelques troubles de la vue. Ses yeux, disaient-ils, devenaient moins bons qu'autrefois et il lui semblait qu'un brouillard assez épais l'empêchait de distinguer nettement les objets ; en même temps, les céphalées commencèrent à être plus accentuées. Un peu plus tard, on constata, presque simultanément, de l'affaiblissement du bras droit, des fourmillements dans la jambe du même côté et de la difficulté dans l'articulation des mots. L'embarras de la parole ne faisait doute pour personne, et l'intelligence devenait moins apte que précédemment à comprendre vite et clairement ce qu'elle avait à saisir. D'autre part, on constatait que la main droite n'écrivait plus lisiblement, et bientôt elle ne put plus tenir une plume. La situation s'aggrava notablement, à dater des derniers jours de septembre, jusqu'au commencement de novembre. Depuis plusieurs semaines, l'enfant ne quittait plus le lit, quand il fut pris de vomissements répétés, en même temps que de douleurs de tête très vives. Cet état atteignit un degré exceptionnel d'intensité dans la nuit du 13 au 14 novembre, et ce fut alors qu'eut lieu l'admission de ce malade à l'hôpital.

Le 15 novembre, je me trouvais en présence d'un jeune sujet bien constitué et d'assez haute stature, dont le facies, coloré plutôt que pâle, exprimait la stupeur. Les yeux, tantôt fixes, tantôt agités par un nystagmus transversal, ne suivaient pas les objets qui passaient devant eux. Les pupilles, toutes deux dilatées, paraissaient peu sensibles à l'action de la lumière ; la dilatation de l'orifice pupillaire était notablement plus forte à droite qu'à gauche. On constatait aussi une hémiplégie faciale droite incomplète, car le frontal et l'orbiculaire des paupières conservaient leur contractilité. On pouvait donc considérer les branches moyenne et inférieure du nerf facial comme seules atteintes. Le membre supérieur du côté droit avait également perdu son activité locomotrice, et l'avant-bras demeurait habituellement en flexion et en pronation sur le bras, par suite d'une contraction du biceps et des muscles pronateurs. Le membre infé-

rieur du même côté restait étendu et immobile avec contracture des extenseurs de la jambe et du jambier antérieur, extension forcée de la jambe sur la cuisse et équinisme du pied, dont la face plantaire regardait en dehors en même temps que le talon était relevé et la pointe abaissée. On constatait, d'autre part, sur les régions affectées de paralysie du mouvement, à la face comme aux membres, un degré modéré d'hyperesthésie et d'hyperalgésie avec retard dans la sensibilité et conservation du réflexe rotulien ; le malade sentait aussi très distinctement les courants induits.

On nota enfin un pouls lent et à peu près régulier, une température normale, une langue légèrement couverte avec tendance à la constipation, bien qu'il y eût fréquemment incontinence d'urine ou de matières fécales. L'examen du thorax ne fit découvrir aucun bruit morbide. Quelques désordres psychiques furent aussi signalés. Le malade paraissait être, de temps à autre, sous l'influence d'hallucinations : lorsque la religieuse de service s'approchait de lui, il croyait voir sa mère, et quand il nous apercevait auprès de son lit il nous montrait, avec sa main gauche, un point imaginaire vers lequel ses yeux se portaient, comme s'il eût été placé à une certaine distance de son lit. Il cherchait à saisir ce qui se trouvait à sa portée, et ne tardait pas à ramener ses couvertures au-devant de sa tête quand on voulait le découvrir pour l'examiner. Si on lui faisait des questions sur son nom, son âge, l'endroit où il demeurait, la profession de ses parents, il répondait lentement et après avoir longuement réfléchi. Il parlait péniblement, mais en articulant les mots avec force ; si l'interrogatoire devenait trop compliqué, il savait dire qu'il était incapable de donner la réponse. Il distinguait assez nettement les objets qu'on lui montrait, pourvu qu'ils fussent un peu volumineux, tandis qu'il ne lisait pas les caractères d'imprimerie les plus gros, à quelque distance qu'on lui présentât le livre.

Dans la nuit qui suivit son admission, il dormit paisiblement, mais, plus tard, son sommeil devint fort irrégulier et fut souvent interrompu par des cris bruyants. Peu de jours après son entrée, il commença à devenir très loquace, mais, plus il parlait, plus ses paroles devenaient confuses et incohérentes. Cependant, il donnait encore des renseignements assez précis à certains points de vue, se plaignant de la tête, sans pouvoir exactement indiquer si la douleur était limitée ou diffuse. Son état ne changea pas pendant la première semaine de son séjour dans la salle Saint-Augustin. Il fut constam-

ment constipé, malgré l'administration répétée de doses massives de calomel, qu'on éleva jusqu'à 60 centigrammes. Un mélange de 8 grammes d'eau-de-vie allemande avec 4 grammes de sirop de nerprun donna lieu à plusieurs selles liquides le 19 novembre. Mais dès le lendemain, la constipation recommença.

Le 20 novembre, on constatait une déviation de la langue vers le côté gauche. L'hémiplégie faciale paraissait être plus accentuée que les jours précédents, bien que l'orbiculaire des paupières et le frontal fussent encore contractiles. Pendant la semaine suivante, la situation se modifia peu : il n'y eut pas de fièvre et le malade ne fut que médiocrement agité. Il se tenait ordinairement couché sur le côté droit et se déplaçait avec répugnance. La contracture n'avait pas diminué dans les deux membres du côté paralysé, elle semblait même un peu plus considérable qu'au début. Le malade recommençait à parler beaucoup et à crier souvent ; il mangeait peu et cependant la constipation n'existait plus, bien qu'on eût remplacé le calomel par l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes, puis d'un gramme par vingt-quatre heures, en même temps qu'on faisait des frictions sur la nuque, chaque jour, avec l'onguent hydrargyrique. Un examen, pratiqué avec l'ophthalmoscope, à cette époque, ne fit reconnaître aucune lésion du fond de l'œil.

A partir du 1er décembre, la faiblesse s'accrut visiblement, et l'intellect devint de plus en plus obtus. Les selles furent de nouveau très rares et il fallut revenir à l'usage du calomel. Ce médicament ne produisant pas d'effet purgatif, on eut recours une seconde fois au mélange de sirop de nerprun et d'eau-de-vie allemande, qui donna lieu à plusieurs évacuations, sans qu'il y eût d'amélioration sous d'autres rapports. Le 6 décembre, l'enfant, très abattu, répondait mal à nos questions ; il gardait le silence presque continuellement et demeurait à peu près immobile. Le 8, on remarqua un enduit saburral épais sur la langue, ainsi que des fuliginosités sur les dents, les gencives et la lèvre supérieure. On constata, d'autre part, qu'il n'y avait ni accélération du pouls, ni élévation thermométrique, mais que l'obtusion intellectuelle était plus complète que précédemment. Le malade vécut encore quarante-huit heures dans le coma, avec les pommettes fortement injectées. Enfin, le 10 décembre, il succombait à quatre heures du soir, après avoir vomi à plusieurs reprises. Pendant les deux derniers jours de son existence, on avait noté une constipation opiniâtre avec un mouvement fébrile qui ne porta pas le

thermomètre à plus de 38° et le chiffre des pulsations radiales à plus de 110 par minute.

L'*autopsie*, faite le 12 décembre, nous apprit qu'il n'y avait rien d'anormal dans les viscères thoraciques ou abdominaux et, qu'au contraire, on pouvait étudier des lésions importantes dans la cavité crânienne. On trouva les vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang noir dans toute l'étendue de leur réseau, mais principalement au niveau de la partie la plus interne de la convexité de l'hémisphère gauche ; dans cette région, les méninges adhéraient assez fortement à la surface de l'encéphale, et l'adhérence existait également sur une portion de la scissure inter-hémisphérique. La substance de l'encéphale présentait sur ces mêmes points, dans ses couches superficielles, une coloration analogue à celle d'un café au lait très clair. Le cerveau, isolé de ses enveloppes, paraissait plus bombé et de consistance plus ferme à gauche qu'à droite. Le ventricule latéral gauche contenait une assez grande quantité de sérosité ; à la partie postérieure de sa paroi interne, on voyait une petite poche transparente qui laissa échapper un liquide clair quand on la sectionna. A la place de la couche optique gauche, on rencontra une tumeur d'une teinte blanchâtre, de consistance assez forte, d'une forme comparable à celle d'un rein d'adulte et à peu près aussi volumineuse que cet organe. Cette dégénérescence, qui refoulait en avant le corps vitré, avait envahi une portion de la protubérance du pédoncule cérébral gauche et des tubercules quadrijumeaux. Deux coagulations sanguines occupaient sa partie postérieure, au voisinage de vaisseaux rompus. L'un de ces caillots, dont la formation était évidemment récente, atteignait les dimensions d'une noix. On ne découvrit d'autre altération, dans la profondeur de l'hémisphère droit, qu'un certain excès de vascularisation, et l'on ne nota aucune lésion dans le tissu du cervelet.

Bien qu'il me manque, pour compléter cet exposé, les détails relatifs à l'examen histologique de la tumeur qu'on m'a pas encore communiqués, ce fait est instructif et d'une importance réelle, car il s'agit d'un exemple de paralysie cérébrale infantile, et les paralysies de cette catégorie ne sont pas fort communes dans le jeune âge, quoique Picot et d'Espine, dans la dernière édition de leur manuel, puissent en

citer douze cas que l'un d'eux a observés en dehors de l'hôpital, pendant une période de dix-huit mois. Il faut donc insister sur des observations semblables à celle-ci, et il est utile de saisir cette occasion de rappeler quels sont les principaux caractères des affections paralytiques qui surviennent chez les enfants sous la dépendance d'une cause cérébrale, quelles sont les lésions auxquelles elles se rattachent et les causes qui les produisent, et de signaler aussi par quels points ce nouveau cas, rapproché de ceux de la même catégorie qu'on a étudiés jusqu'à ce jour, mérite d'attirer l'attention du médecin.

La paralysie cérébrale des enfants est parfois bi-latérale; mais le plus souvent, elle n'affecte qu'un côté. Chez certains malades, la suppression de l'activité locomotrice et de la sensibilité est soudaine, mais chez d'autres elle est consécutive à des convulsions partielles ou généralisées. Beaucoup d'enfants paralysés deviennent aphasiques et, chez la plupart, la motilité est plus profondément troublée que la perception du contact, de la température ou de la chaleur. L'hémiplégie faciale fait rarement défaut; elle est d'ordinaire peu prononcée et affecte presque toujours seulement le facial inférieur, tandis que les muscles des paupières et du front conservent leur contractilité. Les parties paralysées sont, en général, flasques pendant quelques semaines après le début et restent susceptibles de se contracter sous l'influence des courants induits et même des courants continus. Dans un certain nombre de cas, l'hémiplégie est passagère; malheureusement, elle persiste fréquemment d'une façon indéfinie, puis est suivie d'atrophie et de contractures partielles qui produisent des déformations et des attitudes vicieuses, plus prononcées aux membres supérieurs qu'à la cuisse ou à la jambe. C'est ainsi que surviennent la pronation de l'avant-bras et sa flexion sur le bras. Dans beaucoup de cas de cette nature, on observe également la déviation en dedans de la pointe du pied, dont le talon se relève et dont la face plantaire regarde plus ou moins en dedans.

Un bon nombre de cas d'hémiplégies du jeune âge sont sui-

vis d'arrêts de développement qui affectent les os aussi bien que les parties molles. On voit quelquefois le bras ou l'avant-bras du côté malade présenter, par rapport au côté sain, un raccourcissement de plusieurs centimètres. On a même observé dans les mêmes conditions, chez quelques enfants, un défaut complet de symétrie entre les deux moitiés de la face. Il faut faire remarquer cependant que le volume des groupes musculaires affectés diminue bien plus dans les paralysies spinales que dans celles dont une altération intra-crânienne est le point de départ. Enfin, le côté paralysé peut être atteint de tremblement ou de mouvements saccadés qui rappellent ceux de la chorée.

Quelques jeunes sujets deviennent épileptiques, lorsque la maladie remonte déjà à une date éloignée, mais leurs attaques sont incomplètes et presque toujours caractérisées par des convulsions unilatérales et correspondant aux parties paralysées ou plus marquées dans celles-ci que dans les autres; elles ne sont ordinairement annoncées par aucun cri initial, ni suivies de stertor ou de délire. Chez les enfants atteints d'hémiplégie cérébrale, l'intelligence peut ne pas être troublée dans son fonctionnement, mais, dans les cas graves, les malades sont presque toujours affectés d'idiotie ou d'imbécillité; ceux qui ne guérissent pas restent infirmes et vivent parfois jusqu'à un âge avancé. D'autres sont affligés de crises convulsives jusqu'à la fin de leur existence; quelques-uns succombent à la suite d'une attaque apoplectiforme.

On a vu, pendant la seconde enfance, l'hémiplégie cérébrale survenir à la suite d'une fièvre éruptive ou de la diphthérie; elle paraît avoir été consécutive dans quelques cas, soit à des crises prolongées d'épilepsie, soit à de très fortes quintes de coqueluche. Mais, à partir de la quatrième année de la vie, la paralysie unilatérale se rattache le plus souvent à une tumeur cérébrale et particulièrement à une dégénérescence de nature tuberculeuse qui s'est faite aux dépens de la pulpe encéphalique. Dans un assez grand nombre d'observations, on a admis qu'un traumatisme avait été le point de départ d'une altéra-

tion intra-crânienne. Enfin, on a découvert, dans plusieurs autopsies, des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement qui pouvaient expliquer les phénomènes notés pendant la vie. L'hémiplégie survient quelquefois, chez les très jeunes enfants, pendant la période de première dentition; ses causes sont alors très difficiles à saisir. Dans deux cas cités par d'Espine et Picot, elle est survenue dans le cours d'une syphilis héréditaire. On a signalé des hémiplégies congénitales qu'on a attribuées à des foyers hémorrhagiques logés dans la profondeur de l'encéphale, et une observation de Gibb donne lieu de supposer qu'un traumatisme peut produire chez un fœtus une hémorrhagie de l'un des hémisphères et déterminer une paralysie hémiplégique.

L'examen cadavérique des enfants qui succombent, après avoir été frappés d'hémiplégie, révèle le plus souvent l'existence, dans les profondeurs de la pulpe encéphalique, d'une néo-formation qui est ordinairement de nature tuberculeuse et dont le volume peut égaler ou dépasser celui d'un œuf de poule, tandis que, dans d'autres cas, la dégénérescence est constituée par plusieurs petits foyers qui ne dépassent pas les dimensions d'une noisette. On a rencontré également, mais plus exceptionnellement, des kystes à échinocoques ou des sarcomes; de plus, on a découvert, dans un assez grand nombre de nécropsies, soit des foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement qui se sont présentés sous des apparences diverses, suivant leur ancienneté et leur étendue, soit l'hypertrophie ou la sclérose du tissu cérébral sous la forme d'îlots occupant le voisinage de la scissure de Rolando. Il faut s'attendre d'autre part à constater, en pareille occasion, les lésions qui appartiennent à la méningo-encéphalite généralisée ou circonscrite, c'est-à-dire l'injection des enveloppes du cerveau, les adhérences de la pie-mère à la substance grise et la diminution de consistance de cette couche de l'encéphale. L'on a noté enfin, dans plusieurs observations, l'atrophie de tout un hémisphère du cerveau, ou même une hémiatrophie cérébelleuse limitée au côté opposé à celui de l'hémisphère cérébral affecté; ces

dernières altérations sont vraisemblablement secondaires.

Si nous appliquons ces données générales au cas que nous avons étudié, nous reconnaîtrons que, par sa symptomatologie et par sa marche, il se rapproche, sur presque tous les points, des descriptions didactiques qu'on peut lire, relativement à ces états morbides du jeune âge dont la paralysie unilatérale est le trait principal. Il s'agit ici d'un garçon qui, bien portant jusqu'à l'âge de huit ans, tomba violemment sur la tête, mais se releva seul et ne présenta pendant plusieurs mois aucun désordre sérieux du mouvement, de la sensibilité ou de l'intelligence, puis fut atteint successivement, d'abord de désordres de la vue, puis de faiblesse dans tout un côté du corps et d'embarras de la parole, plus tard de perturbations intellectuelles très prononcées, enfin de céphalées et de vomissements répétés qui motivèrent son admission à l'hôpital. En présence d'une hémiplégie des membres et de la face, survenue quelques mois après une chute sur l'extrémité céphalique, nous ne devions pas croire à l'existence d'une de ces paralysies dites infantiles, dont l'atrophie et l'impuissance fonctionnelle de certains groupes musculaires sont les conséquences invariables, et dont il faut aller chercher l'explication dans l'état anatomo-pathologique du centre spinal. Les altérations probables siégeaient évidemment ici dans la cavité crânienne; en d'autres termes, nous avions sous les yeux une paralysie cérébrale dont un traumatisme était vraisemblablement la cause.

Je pensai tout d'abord, qu'en raison de la chute que le jeune malade avait faite sur la tête, plus d'un an auparavant, on devait admettre une contusion du cerveau qui aurait été le point de départ d'un ou de plusieurs foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie de l'hémisphère gauche. Les lésions siégeaient-elles au voisinage de la scissure de Rolando, non loin de la substance grise et des circonvolutions centrales? On sait qu'il en est le plus souvent ainsi lorsque l'hémiplégie affecte le côté droit et lorsque l'enfant est aphasique. Mais, dans le cas actuel, l'aphasie n'existait pas, et il eût été rationnel de

supposer que les parties affectées de l'encéphale se rapprochaient plutôt des ganglions opto-striés que des couches corticales. En semblable circonstance, il est téméraire, à mon sens, de vouloir indiquer à l'avance avec trop de précision ce que la nécropsie apprendra plus tard. Je me contentai donc d'affirmer l'origine cérébrale de cette paralysie, et d'insister sur sa gravité, sans être à même de me prononcer sur sa durée probable.

Moins d'un mois après son arrivée dans notre salle, le jeune F... succombait à la suite d'un état comateux qui dura plusieurs jours, et succéda lui-même à une période d'agitation intermittente et d'intensité très variable. Nous avions observé chez lui de la contracture dans le côté paralysé, mais pas de convulsions; on avait constaté que la sensibilité était à peu près intacte, l'intelligence affaiblie, mais encore assez vive, puisque le malade pouvait nous rendre compte verbalement d'une partie de ses sensations, presque jusqu'à la fin de sa vie. La symptomatologie de cette affection, quoique très significative, ne fut donc jamais fort complète et rien ne portait à croire que son dénouement dût être si prompt. Il est vrai que la mort fut causée par un ictus hémorrhagique qu'on pouvait prévoir, mais dont rien n'annonçait l'imminence; sans cet accident, le malade eût probablement vécu encore pendant une assez longue période.

La tumeur que nous avons découverte à l'autopsie pouvait être assimilée, d'après ses caractères macroscopiques, à ces néoformations qu'on désigne sous le nom de sarcomes névrogliques ou de gliômes et dont on connaît un assez grand nombre d'exemples étudiés chez les jeunes sujets. Elle présentait de telles dimensions qu'il était logique de considérer son existence comme fort ancienne, et qu'on devait se demander si l'accident, signalé ici comme le point de départ vraisemblable de l'état pathologique observé plus tard, était bien réellement sa cause déterminante. Peut-être le traumatisme avait-il simplement accéléré les progrès d'une dégénérescence dont l'origine remontait à une date bien antérieure à la fin de l'année

1884, c'est-à-dire à l'époque de la chute. D'après les informations que nous avons recueillies, il n'y a eu, parmi les proches parents de ce petit malade, aucun individu cancéreux ou tuberculeux. Son père et sa mère, sans être fort robustes, sont habituellement bien portants; ils ont encore deux enfants un peu délicats, mais chez lesquels il n'y a ni affection nerveuse, ni signe de tuberculose; au point de vue de l'étiologie, la question reste donc très obscure et nous n'avons aucun éclaircissement à tirer des commémoratifs.

Les émissions sanguines locales peuvent rendre quelques services dans un cas d'hémiplégie infantile d'origine toute récente; mais quand le mal existe déjà depuis plusieurs mois, elles deviennent inutiles et je n'ai pu songer ici à user de la méthode antiphlogistique. C'est à la médication altérante, aux purgatifs et aux dérivatifs que je me suis adressé. Le calomel et l'iodure de potassium ont été bien supportés, mais n'ont eu aucune efficacité. Les frictions hydrargyriques, faites à la nuque avec une certaine persistance, n'ont pas produit d'éruption locale. Il eût été bien incommode de recourir aux vésicatoires, sans s'exposer à de sérieux inconvénients, chez un enfant difficile à remuer et qui restait constamment couché sur le dos ou sur son côté droit, avec la tête un peu renversée en arrière. Je ne jugeai pas qu'il fût nécessaire d'insister sur les antispasmodiques, car il n'y avait pas d'état convulsif, pas d'agitation violente ou continuelle. Nous observions bien plutôt une tendance à l'abattement et à la torpeur que l'excès opposé. On recommande le traitement par l'électricité dans les paralysies cérébrales de l'enfance. Il me semble certain qu'on obtiendra de bons effets des courants induits, mais non des courants constants, lorsque l'enfant ne présentera ni contracture, ni atrophie consécutive dans les parties affectées de perte du mouvement et de la sensibilité. Chez notre malade, l'atrophie n'existait pas, mais il y avait de la contracture et nous ne pûmes nous servir d'un moyen thérapeutique qui a procuré une amélioration notable à certains jeunes sujets. Nous nous sommes donc trouvés à peu près

désarmés, en face d'un état pathologique dont nous ne méconnaissions nullement la gravité, et sur lequel il n'eût été possible d'agir avec quelques chances de succès, qu'en le combattant dès son début.

DES ÉRYTHÈMES PAPULEUX FESSIERS POST-ÉROSIFS.

Par **M. L. Jacquet**, interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Les érythèmes fessiers sont, chez les enfants, d'une telle fréquence et d'une telle variété d'aspects, certains d'entre eux sont si difficiles à distinguer de la syphilis, que leur morphologie doit être fixée avec toute la précision possible.

Parrot a consacré à leur étude (1) son remarquable talent d'observation et de description. Mieux que ses devanciers, il a indiqué l'apparition sur le fond érythématheux diffus, de petites et fines vésicules (*érythème vésiculeux*), la desquamation, les érosions et parfois même les ulcérations qui leur font suite.

En outre, il décrit comme variété spéciale l'*érythème papuleux* (2).

Ce dernier est ici spécialement visé ; il peut donner, il donne effectivement, parfois, l'illusion d'un exanthème spécifique, et malgré la lumière qu'il a jetée sur ce sujet, il arrivait à Parrot lui-même, nous disait récemment un de ses anciens internes, d'hésiter à incriminer ou à innocenter la syphilis.

Plus tard, d'ailleurs, son opinion s'accentua davantage, et il arriva à considérer comme spécifique l'*érythème papuleux*, qu'il croyait d'abord être du domaine de l'athrepsie. On en jugera par la citation ci-dessous, extraite d'une de ses leçons :

« L'examen minutieux du petit malade me fit reconnaître deux lésions que j'avais appris à regarder comme ne pouvant être produites que par la syphilis héréditaire ; c'étaient, sur

---

(1) *L'athrepsie*, p. 99.

(2) *Loc. cit.*, p. 103.

les lèvres, des fissures très peu profondes, il est vrai, mais très nettes, et au pourtour de l'anus, ainsi que sur la partie voisine des fesses, une éruption de petites plaques légèrement indurées, luisantes et différant de l'*érythème athrepsique en ce que celui-ci est essentiellement constitué par de petites vésicules qui s'affaissent, se desquament, et ne laissent à leur suite aucune induration* (1). »

Ainsi, pour Parrot, l'érythème simple ne peut, en aucun cas, laisser d'induration à sa suite. Nous avons pu, après avoir observé un grand nombre d'éruptions de ce genre dans le service de notre savant maître M. le Dr Sevestre, acquérir une conviction opposée : il existe chez les enfants, athrepsiques ou non, des érythèmes franchement papuleux, ne relevant pas de la syphilis. *Leur genèse est absolument spéciale.* En voici un exemple typique :

OBSERVATION I. — *Exanthème papuleux post-érosif.* — Ourset (Camille), née le 24 mars 1885, reçue à la crèche le 25 juin, est une enfant très vigoureuse, en excellent état.

Elle offre, à la région fessière, un assez grand nombre d'érosions, reliquat d'un érythème vésiculeux récent; actuellement, pas de vésicules en activité. Dans l'intervalle des lésions, légère suffusion rouge sombre des téguments.

Les érosions siègent :

1° Sur les bords du sillon interfessier et des deux plis fessiers. La marge de l'anus est saine.

2° Sur la convexité des fesses et des cuisses, groupées au centre de ces régions.

3° Sur les bords des plis poplités et sur la convexité des mollets.

Toutes sont régulièrement circulaires, du diamètre d'une lentille environ, un peu déprimées au-dessous de la surface épidermique.

Leur fond est constitué par le derme à nu, rouge vif, presque saignant.

Pas d'autres lésions.

L'enfant est confiée à une nourrice.

Le lendemain, la sœur de la crèche me prie de revoir un des nourris-

---

(1) *Progrès médical*, 1880, p. 579.

sons examinés la veille, parce que, me dit-elle, « c'est bien papuleux ». L'enfant en question, que je ne reconnais pas tout d'abord et que je déclare même n'avoir pas encore vue, tant l'aspect est changé, est, en effet, porteur d'une éruption papuleuse des plus nettes. *Les éléments occupent exactement* les points précédemment indiqués. Ils sont d'un rouge sombre ou violacé, tous isolés, parfaitement circulaires. Leur saillie est très appréciable, régulièrement décroissante, du centre, où elle est d'un millimètre environ, à la périphérie.

L'épiderme qui les recouvre est très mince, lisse, comme vernissé. Pas trace de desquamation, d'érosion, de suintement.

Quelques-unes des papules offrent sur toute leur périphérie un fin plissé épidermique très régulier. Pas de collerette.

L'examen le plus attentif ne révèle aucun phénomène d'ordre spécifique : coryza, alopécie, fissures labiales, etc.

L'enfant est des plus vigoureuses.

Malgré tout, on l'envoie à la nourricerie des syphilitiques, sans traitement.

28 juin. L'éruption s'est un peu affaissée.

1er juillet. Les papules ne sont plus perceptibles à gauche. A la fesse droite elles existent encore, mais pâlies et affaissées.

Pas de poussée nouvelle.

Quelques érosions superficielles et irrégulières au niveau de la marge de l'anus.

L'état général est bon.

Le 4. Plus rien. Un peu de muguet ; diarrhée légère.

Le 9. Érythème fessier simple, diarrhée, vomissements. On donne une nourrice à l'enfant.

Le 20. Les troubles digestifs s'étant amendés, elle est envoyée à la campagne (1).

Ainsi donc, *du jour au lendemain*, des érosions sont devenues franchement saillantes, rouges, dures, luisantes, ont revêtu, en un mot, les caractères de la syphilide papuleuse jeune. Aussi le diagnostic eût-il pu être hésitant, si nous

(1) Nous avons fait demander des nouvelles de cette enfant. D'une lettre en date du 18 décembre 1885, il résulte qu'elle n'a eu qu'un peu de diarrhée au mois d'août. Actuellement, « *c'est une belle enfant, dans toute l'acception du mot.* »

n'avions pas *assisté, pour ainsi dire*, à cette papulation d'origine spéciale, *post-érosive*, si on veut nous passer ce néologisme. Sans doute, le porteur des lésions était vigoureux, ne présentait aucun des stigmates de la vérole héréditaire ; sans doute, l'éruption était strictement localisée aux parties postérieures, la coloration d'un rouge sombre ou violacé ; l'hésitation, peut-être même l'erreur, eussent, malgré tout, été possibles. Est-ce chose rare qu'une manifestation unique de la maladie? Ne voit-on pas des syphilides régionales, *disciplinées*, a dit excellemment le professeur Fournier? La coloration n'est-elle pas un signe diagnostique infidèle? Et cela, particulièrement aux membres inférieurs, où, comme l'a remarqué Legendre (1), la couleur cuivrée est souvent remplacée par une coloration violacée en rapport avec la stase du sang et l'éloignement du centre circulatoire. Au surplus, qu'on lise la description que donnent de la syphilide lenticulaire MM. Paul et Emile Diday (2), dans leur article, si remarquable d'ailleurs, du *Dictionnaire encyclopédique*, et l'on verra s'il n'y a pas matière à confusion.

« La syphilide lenticulaire n'est qu'une variété de la syphilide en plaque, dont nous devons par conséquent la rapprocher au point de vue graphique, quoiqu'elle s'en éloigne par l'époque de son apparition. Presque toujours elle *guérit spontanément*, et avec elle s'éteint d'une manière plus ou moins définitive, l'activité diathésique. *Elle consiste en saillies lenticulaires demi-sphéroïdales, aplaties, violacées, à la surface desquelles l'épiderme est aminci, lisse, luisant, rarement excorié et suintant. Elle se développe exclusivement sur les fesses, les cuisses et le mollet, où elle forme des îlots séparés par les plis naturels de la peau, qui en sont toujours exempts. Le maximum de l'éruption est toujours au centre de ces régions, d'où elle va en s'atténuant jusqu'à leurs limites*. Fréquemment aussi, les taches sont confluentes au pourtour de l'anus, sur le scrotum et les grandes

(1) Barthélemy. *Dict. Jaccoud*, art. SYPHILIDES, p. 453.
(2) *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. SYPHILIS CONGÉNITALE, p. 590.

lèvres, où elles atteignent parfois une étendue considérable. »

Cette description nous semble répondre absolument à l'éruption spéciale dont notre observation I est un exemple frappant. Quelques traits manquent au cas en question, comme les excoriations et le suintement possible des saillies, leur existence sur le scrotum, sur les grandes lèvres et au pourtour de l'anus.

Certaines de nos observations, évidemment analogues à la précédente, réunissent ces caractères joints à quelques particularités que nous indiquerons plus loin. Aussi n'hésitons-nous pas à croire que la syphilide lenticulaire, telle qu'elle est décrite ci-dessus (1), n'est probablement qu'une éruption non spécifique, rentrant dans le cadre des exanthèmes que nous étudions ici, c'est-à-dire dans l'*érythème papuleux* de Parrot.

Pourtant, certaines divergences existent entre notre conception de l'érythème papuleux et la description qu'en a donné cet éminent et regretté maître. Sans parler de la genèse si spéciale dont il ne fait pas mention, il dit n'avoir jamais rencontré cet érythème chez les enfants de belle apparence : « *tous avaient quelque marque cachectique* ». Cette opinion nous paraît trop absolue. Sans doute, comme on le sait, la papulation légère, les semis papuleux, mêlés à la rougeur diffuse, aux vésicules et aux érosions post-vésiculeuses, se montrent fréquemment chez les enfants cachectisés ; mais les exanthèmes papuleux types, tels que ceux de notre observation I et des deux suivantes, ne peuvent guère apparaître que sur des enfants vigoureux.

Et cela s'explique : plus le derme dénudé par l'érosion sera vif, bien irrigué, succulent, pour ainsi dire, plus le bourgeonnement dermique, et partant, l'hypertrophie papulaire seront nettes. Pour nous, on le voit, l'érythème papuleux *non spéci-*

(1) Telle qu'elle est décrite ci-dessus, disons-nous ; car, si l'on se rapporte à l'excellent article de Barthélemy (*Dict. Jaccoud,* art. SYPHILIDES, p. 453), on verra, presque sous la même rubrique (syphilide papuleuse lenticulaire ou nummulaire), une description qui ne saurait prêter à aucune équivoque.

fique n'existe probablement pas en tant qu'érythème spontané ; il est toujours consécutif aux érosions de l'érythème vésiculeux. Maintes fois, nous avons pu, après notation exacte des lésions érosives, en constater le lendemain ou les jours suivants l'hypertrophie dermique cicatricielle *franchement papuleuse*.

Mais il est rare que l'on assiste d'une façon très nette à la succession de la poussée papulaire aux petits ulcères dermiques. Dans la majorité des cas que nous avons observés, c'est en comparant les caractères de l'éruption à ceux de l'observation I que nous avons pu les rapporter avec certitude au même processus ; ce dernier part de l'érosion dermique pour aboutir à la papule.

Mais il y a les degrés intermédiaires, pouvant ne pas être dépassés , or, les diverses étapes se montrent, le plus souvent, réunies chez le même sujet, d'où l'aspect polymorphe des lésions. Et voici quel est, dans son ensemble, la marche et la physionomie du processus : les vésicules restées sur le fond érythémateux évoluent sous l'influence de conditions diverses, de façons fort variables ; le plus souvent, comme le dit Parrot (1), « elles se dessèchent très rapidement et, à leur niveau, se fait une desquamation épidermique en forme de collerette rappelant celle que produisent les sudamina ». Si, au contraire, elles éclatent, le derme dénudé, baignant dans les liquides excrémentitiels, réagit selon des modes divers, suivant que l'érosion s'est plus ou moins agrandie, qu'il y a entamure dermique plus ou moins profonde, suivant aussi le degré des soins de propreté, la qualité des humeurs, etc.

1° Il y a cicatrisation presque immédiate; un épiderme lisse, rouge cerise, recouvre l'érosion ; pas de saillie.

2° Le derme se tuméfie légèrement, les bords surtout sont saillants, l'épiderme en est rouge violacé ; le centre, au contraire, est luisant, rouge vif, parfois un peu suintant. Il y a papulation incomplète.

---

(1) *Loc. cit.*

3° Il y a papule lisse, rouge sombre, assez dure, reproduisant exactement les dimensions et la forme de l'érosion mère. Celle-ci a pu rester circulaire ou s'accroître irrégulièrement, ou encore deux ou plusieurs petits ulcères voisins ont pu fusionner. Il est clair que l'hypertrophie papuleuse, si elle survient, sera calquée sur la forme des ulcères.

Ajoutons qu'il n'est pas rare de constater, rayonnant autour de la papule, un fin plissement de l'épiderme ; à la périphérie de l'ulcération, il y a eu cicatrisation sans saillie, tandis que le centre, régulièrement tuméfié et sous-tendant en quelque sorte l'épiderme nouveau, le force à se plisser autour de lui.

Telles sont les diverses variétés qu'on observe isolées ou associées. La fréquence en est très grande, mais leur peu d'accentuation et leur polymorphisme préviennent d'ordinaire toute confusion. Il n'en est pas de même, on l'a vu, quand la forme papulaire est pure.

Nous citerons encore deux faits analogues, mais avec quelques caractères spéciaux.

Observation II. — *Exanthème papuleux post-érosif à poussées successives.* — Fandon (Louis-Léon). Né le 19 juillet 1885. Entré le 1er octobre 1885.

Cet enfant est fort, en très bon état.

Les lésions qu'il présente siègent aux fesses, à *la partie postérieure* des cuisses et des jambes et au scrotum.

Aux fesses : saillies nummulaires, rouge sombre, assez dures, isolées sauf sur les bords du sillon interfessier où elles se confondent en formant deux saillies allongées, à limites irrégulières, occupant toute l'étendue des bords de la rainure interfessière.

Autour de la marge de l'anus, quelques excoriations du diamètre d'une lentille qui ne tarderont probablement pas à devenir papuleuses.

Aux cuisses : il existe seulement deux ou trois saillies régulièrement circulaires et franchement accusées. Semis papuleux formé de petites saillies irrégulières d'un rouge vif. Quelques érosions dermiques.

Aux jambes, mêmes lésions, moins accentuées.

Scrotum : la peau de son extrémité libre est rouge, tuméfiée ; on y voit quelques exulcérations rouge vif, recouvertes d'un épiderme mince.

Rien sur le reste du corps. Ni coryza, ni fissures labiales, ni déformations osseuses, alopécie, etc. Pas de traitement.

4 octobre. Les formations papuleuses ont subi un léger degré d'affaissement. A la région péri-anale les érosions sont toujours à vif. État général satisfaisant.

Le 7. *L'hypertrophie papulaire* s'est effectuée à la région anale ; *elle a presque disparu* sur le reste des téguments.

Le 10. Il n'y a plus rien nulle part, sauf quelques macules violacées ou brunâtres aux points occupés par les lésions.

Le 15. A la région fessière, rougeur intense depuis la veille ; tuméfaction des téguments. Sur ce fond érythémateux apparaissent de fines vésicules à contenu légèrement louche, très nombreuses, presque cohérentes.

Le 17. La poussée vésiculeuse nouvelle s'est excoriée, mais les érosions sont très petites et très superficielles. Toutes sont recouvertes, sans saillie aucune, d'une mince pellicule épidermique qui laisse voir leur coloration rouge sang.

Le 20. Tout a disparu.

Nous avons reproduit cette observation sous ses traits principaux, parce qu'elle est un exemple d'érythème papuleux post-érosif, polymorphe et à poussées successives dont l'une n'a pas abouti à la papulation. Dans ce cas on ne pouvait songer à incriminer la syphilis (1). Il en est tout autrement dans le fait suivant que nous résumons.

Observation III. — *Exanthème papuleux secondaire en nappe et à bords polycycliques.* — Boutin (Marie-Constance), née le 15 août 1885. Entrée le 12 novembre suivant.

Enfant vigoureuse. Aucune trace d'affection diathésique. Il existe à la région péri-anale une nappe formée de saillies confluentes, que la palpation permet de distinguer les unes des autres.

Cette nappe occupe toute la marge de l'anus en la débordant et

---

(1) L'enfant qui fait le sujet de cette observation est encore aujourd'hui à la nourricerie des Enfants-Assistés. Son état général est bon ; aucune manifestation nouvelle ne s'est produite.

empiétant sur la face postérieure des fesses de 2 ou 3 centimètres. Elle s'y limite par des bourrelets très nettement saillants, à bords polycycliques, dessinant trois ou quatre demi-cercles de 1 centimètre de rayon environ. La couleur générale de la nappe papuleuse est d'un rouge pâle, un peu plus foncé par places. Il n'y a ni érosions, ni suintement à la surface.

A la partie postérieure des fesses et des cuisses on ne voit qu'un semis papuleux formé de petits éléments assez irréguliers ; cependant au centre de la cuisse gauche se dégage nettement une papule un peu plus grosse qu'une lentille, rouge sombre, d'aspect vernissé, très régulièrement arrondie et assez dure ; à sa périphérie se voit un fin plissement rayonné de l'épiderme.

Rien sur le reste du corps. Aucun phénomène spécifique. L'état général est excellent. Pas de traitement.

15 novembre. *Tout a disparu :* il reste seulement quelques macules violacées.

Le 26. Un groupe d'excoriations nummulaires s'est montré sur la partie droite de la marge de l'anus ; deux d'entre elles ont les dimensions d'une lentille.

Le 29. A la place des excoriations, papulation légère, peu colorée, mais bien nette. Le surlendemain disparition de ces saillies.

16 décembre. L'enfant est morte « *subitement* » dans la nuit. Depuis la veille au soir elle avait été prise de « *hoquets et de sifflements* ». Jusqu'à cette date l'état général s'était maintenu excellent ; l'enfant avait bonne mine et augmentait régulièrement de poids.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, nous pûmes reconnaître quelques noyaux de broncho-pneumonie disséminés à la partie postérieure des deux poumons. Dans les bronches et la trachée, *liquide épais légèrement spumeux*, assez abondant.

Les autres viscères sont absolument sains ; le *foie* est de dimension et de coloration normales, sans trace de cicatrices, de sclérose ou de néoplasies quelconques.

Les reins, les capsules surrénales, la rate, le tube digestif n'offrent rien de particulier.

Le thymus, sans paraître altéré organiquement, est de volume notablement exagéré. Le système osseux est sain.

L'intérêt de cette observation réside dans la confluence des éléments, simulant la lésion décrite par le professeur Fournier

sous le nom de syphilide papuleuse en nappe, ainsi que dans la disposition circinée de ses limites. On sait quelle importance attachent les syphiligraphes à la disposition polycyclique des éléments éruptifs. Dans le cas qui nous occupe, en dépit de cette apparence, nous avons résolûment repoussé la syphilis, nous basant sur l'intégrité absolue du reste des téguments, sur l'absence d'autres signes révélateurs de la diathèse, sur l'existence du semis papuleux des cuisses et *surtout de la papule isolée à plissement épidermique rayonné*, qui était évidemment cicatricielle. Nous avons été confirmé dans cette opinion par la disparition complète *en trois jours*, et sans traitement, de la nappe éruptive, par la seconde poussée survenue quelques jours plus tard sous nos yeux et visiblement post-érosive, enfin, par l'autopsie.

L'exanthème peut ne pas être simplement papuleux : si les saillies surviennent très rapidement après la vésiculation de l'érythème, elles sont en effet partiellement recouvertes de petites squames produites par le déssèchement de l'épiderme soulevé ; l'aspect de l'élément rappelle alors, d'une façon grossière du reste, celui de la syphilide papulo-squameuse.

D'autres fois, nous l'avons déjà dit, le centre de la papule est érodé, un peu suintant, soit qu'il y ait eu saillie du derme seulement à la périphérie, soit qu'il y ait eu érosion de la papule après sa formation. Cet état de la papule secondaire est le parallèle de celui qu'on rencontre dans la syphilide papulo-érosive.

Enfin, l'érythème papuleux revêt en certaines régions des caractères spéciaux ; à l'extrémité libre du scrotum, siège fréquent d'excoriations, il est très rare qu'on observe une papulation ; l'érythème y détermine souvent des ulcères dermiques irréguliers, entourés d'une tuméfaction œdémateuse parfois assez considérable.

La partie juxta-anale des grandes lèvres est aussi souvent atteinte : on y voit les exulcérations occupant cette partie en contact avec les langes souillés, surtout chez les enfants *amaigris*, cachectiques, dont toute la région périnéale est sur le

même plan que les saillies ischiatiques. C'est dans ces conditions que l'anus, le périnée et la partie inférieure de la vulve, sont fréquemment exulcérés.

Nous avons vu ainsi dans un cas une hypertrophie papuleuse survenant, donner à cette dernière région l'aspect boursouflé qu'elle revêt parfois quand elle est le siège de syphilides non érosives. Chez les enfants vigoureux à ischions bien fournis de muscles, la région ano-périnéo-vulvaire reste au contraire à l'abri des contacts irritants, de là son immunité fréquente.

Résumons-nous et concluons :

1° L'érythème papuleux simple existe.

Il est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, consécutif aux érosions de l'érythème vésiculeux et provient du bourgeonnement du derme dénudé et irrité.

Le nom d'érythème papuleux post-érosif le définit assez exactement.

2° Il siège à peu près exclusivement aux fesses et aux régions postérieures des membres inférieurs.

Il s'observe le plus souvent chez les athrepsiques : il est alors formé d'éléments irréguliers, peu saillants, entourés d'érosions, le tout sur un fond d'érythème diffus plus ou moins marqué. En ce cas il est aisément distingué des éruptions de la syphilis congénitale.

Plus rarement, et de préférence chez les enfants vigoureux, il peut simuler une syphilide papuleuse discrète (obs. I) ; une syphilide papuleuse en nappe (obs. III).

3° Il s'en distingue par son origine spéciale, par l'existence fréquente d'un *plissement épidermique rayonné* bien différent de la collerette de Biett, autour de quelques éléments papuleux ; par l'apparition ultérieure de poussées vésiculeuses nouvelles qui peuvent à leur tour s'exulcérer et subir l'hypertrophie papulaire.

Ajoutons qu'il peut évidemment apparaître chez les enfants infectés au même titre que chez les enfants absolument indemnes de syphilis.

DU TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES
PAR LE PANSEMENT SCOTT

Par le Dr A.-F. Suchard,
Ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hôpital de Lavey-les-Bains.

(Suite) (1).

OBSERVATION I. — *Spina ventosa de la première phalange de l'index droit. Guérison.* — Louise M..., 5 ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades (policlinique chirurgicale) le 20 janvier 1866. Enfant illégitime, le père marié ne peut rien faire pour elle ; on le dit robuste ; la mère (22 ans), que j'ai vue, gagne péniblement sa vie et celle de sa fille en faisant de la couture ; elle est poitrinaire. L'enfant a été placée dès sa naissance à Boulogne, où elle a été nourrie au biberon et est restée jusqu'à 3 ans ; puis elle a été confiée, chétive et marchant à peine, à la femme qui l'a amenée à l'hôpital et qui a dû la soigner avec intelligence, car elle est maintenant d'une taille moyenne et a bonne apparence. Pendant ces deux dernières années elle n'a eu d'autres maladies que deux bronchites. Blonde, ayant la peau fine, les veines de la face très apparentes, la figure un peu bouffie, elle paraît fort intelligente ; pas de trace de rachitisme. Les bras, les jambes, le cou et une partie du tronc sont couverts de séborrhée sèche (ichthyose) ; pas de ganglions cervicaux.

Le mal pour lequel l'enfant vient à la consultation à l'hôpital a débuté il y a huit mois : gonflement peu douloureux du doigt index; on a mis des cataplasmes, de la teinture d'iode ; ouverture spontanée, sortie de pus grumeleux.

Il s'agit d'un cas de spina ventosa de la première phalange de l'index droit ayant suppuré par une ouverture unique située à la face dorsale du doigt ; mais il y a ceci de particulier, que le tubercule osseux ayant siégé au côté externe de la première phalange, tout près de l'articulation phalango-phalanginienne, l'os n'a pas été aussi tuméfié, ni surtout aussi généralement tuméfié qu'il l'est quand le mal débute à la partie centrale de la phalange. Par contre, il

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1886.

y a eu légère arthrite, aussi bien du côté externe que du côté interne de ladite articulation; tel est l'état quand le traitement a été commencé. Le stylet ne pénètre pas tout à fait jusqu'au milieu de l'os; la circonférence du doigt au niveau du gonflement maximum est de 0,058; il sort un pus caséeux par l'ouverture béante. L'appareil Scott a été appliqué et renouvelé d'abord tous les huit jours, puis tous les quinze jours seulement, du 30 janvier au 13 avril, sans les attelles de cuir et en mettant de la toile de compresses au lieu de lint, car pour des doigts d'enfant on ne peut pas faire de pansements trop volumineux et les bandelettes circulaires de diachylon consolidées par deux ou quatre bandes longitudinales, le tout recouvert de la bande de toile roulée, produisent une immobilisation très suffisante. Au début du traitement, quand il y avait suppuration, il y avait un peu d'odeur le huitième jour lorsque nous avions fait un pansement simplement circulaire n'embrassant pas la troisième phalange; il n'y avait plus d'odeur quand le doigt était enfermé dans une coiffe complète de diachylon. La tuméfaction de la phalange aussi bien que celle de l'articulation diminua graduellement: le 2 février la circonférence maxima n'était plus que de 0,042 et le 2 mars de 0,04. Il reste encore une petite ouverture de la grosseur d'une tête d'épingle; plus de suppuration. L'enfant est revenue nous voir le 13 avril, nous appliquons encore un petit pansement, plutôt pour protéger le doigt que dans un autre but. Sauf une légère déformation, c'est un doigt guéri et *guéri sans ankylose*.

Observation II. — *Tumeur blanche du coude gauche osseuse et capsulaire, suppurée. Guérison.* — Victor E..., 10 ans, salle Saint-Côme, n° 13; père et mère vivants, bien portants au dire de l'enfant, je ne les ai pas vus. Un frère de 13 ans et une sœur de 2 ans se portent bien. Il vient de Montreuil et dit n'avoir eu aucune des fièvres éruptives de l'enfance; mais il a de gros ganglions sous-maxillaires engorgés à droite et à gauche. A droite, grande incision oblique d'une longueur de 0,06 environ, allant de l'angle de la mâchoire vers le menton, bordé de tissu kéloïdien; on dirait une cicatrice de ganglion disséqué. L'enfant affirme qu'un chirurgien de Montreuil lui a simplement incisé une glande il y a deux ans; il subsiste de petits ganglions tuméfiés de chaque côté de la cicatrice. Victor E... est maigri par la souffrance, mais n'a pas un mauvais aspect.

Le mal du coude a débuté il y a un an; ce coude a été très volumi-

neux, beaucoup plus que maintenant, au dire du petit malade; il n'a été soigné que par des cataplasmes et des pommades.

Nous constatons : un coude ankylosé à angle droit, du gonflement osseux de l'humérus au niveau de l'épicondyle, un autre gonflement osseux au niveau de l'épitrochlée; une plaie oblique de 7 centimètres de longueur environ, au-dessus de l'insertion des muscles épicondyliens, plaie présentant des fongosités et un bourgeonnement exubérant, couverte d'un pus de bonne nature. Le stylet introduit dans la plaie nous semble arriver sur le périoste et dans des fongosités. De plus il y a synovite fongueuse très prononcée du côté opposé sur l'épitrochlée. Il s'agit donc ici d'une tumeur blanche compliquée de deux synovites fongueuses dont l'une largement suppurée. Les muscles de l'avant-bras et de la main sont atrophiés.

L'apparence du mal était des plus graves, M. de Saint-Germain fit un pronostic fort sérieux, car il ne reçut l'enfant dans son service, qu'à la condition de pouvoir l'amputer s'il y avait lieu, ce qu'atteste la pancarte qui porte les mots suivants : « Je consens, mère de l'enfant Victor E..., à l'amputation demandée par M. le chirurgien. Signé femme E... » La circonférence maxima du coude était, le 20 décembre 1885, jour auquel nous avons appliqué la premier pansement Scott, 0,25. Le pansement a été renouvelé tous les huit jours d'abord, tous les quinze ensuite; nous n'avons jamais appliqué les attelles de cuir, puisque du moment où le membre est ankylosé, elle nous paraissent inutiles. Le dégonflement a été rapide, le 30 décembre nous ne trouvons plus que 0,21; le 5 janvier, 0,23; le 27, 0,20; le 2 février, 0,195; en mars, 0,19, chiffre qui se maintient en avril. A cette époque, la plaie est complètement fermée après avoir passé très vite du bourgeonnement exubérant à un bourgeonnement de bon aspect. Non seulement il n'est plus question d'amputation, mais *la guérison est aussi complète que possible*; l'enfant est en état de retourner chez lui et s'il est encore dans le service où on peut le voir, c'est que ses parents ne sont pas venus le chercher. Il reste un peu d'empâtement dans les muscles de l'épicondyle du côté opposé à la plaie; quant à celle-ci, sa cicatrice est profonde, très adhérente au périoste, absolument sèche, aucun empâtement autour d'elle. L'enfant a très bonne mine; grâce au pansement et au maintien du bras dans une écharpe, il a pu toujours aller et venir. *L'ankylose n'est pas absolue* et l'on pourra certainement dans quelques mois donner aux mouvements du bras plus d'amplitude.

Outre l'intérêt que nous offre cette observation comme guérison rapide et complète, elle est encore instructive en ce qu'elle montre que les fongosités mises au jour, se trouvent bien du pansement Scott ; ne serait-ce pas le cas d'inciser largement des synovites fongueuses lentes à se résorber, à condition de les enfermer ensuite dans un bon pansement antiseptique. On y gagnerait peut-être du temps.

OBSERVATION III. — *Tumeur blanche par carie des os du tarse opérée et ayant récidivé ; amélioration médiocre.* — Pierre-Jean-Marie B..., 6 ans 1/2, salle Saint-Côme, n° 18. Né à Guingamp (Côtes-du-Nord), demeurant maintenant à Paris. Le père, ouvrier à la Manufacture de tabac, très pauvre, a perdu quatre garçons, puis sa femme. Il ne reste qu'une fille plus âgée que le petit malade. Celui-ci a déjà fait l'an passé un séjour à l'hôpital des Enfants-Malades, du 13 février au 21 juillet. La statistique de la salle porte à son sujet : carie des os du tarse, évidement ; amélioré. L'amputation avait, paraît-il, été proposée, mais on s'est borné à un évidement fait en février, puis à l'immobilisation dans un appareil plâtré. Le 21 juillet, l'enfant, se tenant sur pied et marchant avec une canne, fut dirigé sur La Roche-Guyon, où il est resté jusqu'en décembre ; au bout de quinze jours, aggravation, rentrée à l'hôpital le 19 décembre.

A cette date nous trouvons un garçon pâle, aux membres chétifs, peu intelligent, sans appétit, urinant au lit toutes les nuits. Nous constatons une arthrite du pied excessivement douloureuse ; l'enfant pousse des cris à propos du moindre attouchement ; la tuméfaction siège surtout au niveau de l'articulation de la première rangée des os du tarse avec la seconde. La malléole externe est déformée par perte de substance ; un peu au-dessous deux plaies, l'une en travers, l'autre verticale, chacune de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ ; elles suppurent abondamment, mais ne laissent pas pénétrer le stylet. Au côté opposé sur la face interne du cuboïde, à peu près au milieu d'une ligne qui irait de la partie inférieure de la malléole à la tête du premier métacarpien, se trouve une plaie beaucoup plus longue, où l'on constate deux fistules par lesquelles le stylet pénètre dans des tissus osseux très saignants. La mobilité des os du pied est exagérée. Le 22 décembre, jour de l'application du premier pansement Scott, la circonférence du pied à l'endroit le plus tuméfié était de 0,25 ; le 30 décembre, 0,233 ; le 12 et le 20 janvier, 0,23 ; les

plaies du côté interne étaient cicatrisées, les douleurs avaient beaucoup diminué ; déjà, du reste, dès le deuxième pansement, il y avait sous ce rapport une amélioration remarquable. J'ai alors, par manière d'essai, supprimé le pansement Scott pour le remplacer par un pansement compressif avec ouate et bande roulée, en mettant sur la peau tantôt une compresse couverte de pommade mercurielle, tantôt une compresse couverte de styrax. Les plaies avaient un aussi bon aspect sous le mercure que sous le styrax, mais l'absence d'immobilisation et une compression probablement moins parfaite que celle des bandelettes avaient toujours un effet désastreux, c'est-à-dire qu'en enlevant le pansement j'y trouvais beaucoup plus de pus, l'articulation redevenait douloureuse et le gonflement augmentait de nouveau ; de 0,23, nous revenions à 0,24. Le pansement Scott a été appliqué de nouveau et l'articulation n'est plus douloureuse du tout ; les plaies du côté externe sont guéries, celles du côté interne suppurent toujours. L'enfant n'est pas guéri ; c'est un mauvais cas par suite du manque de vitalité de l'individu.

Cette observation est intéressante par les expériences comparatives qu'elle nous a permis de faire et par la démonstration qu'elle nous a fournie de l'importance de l'immobilisation dans le traitement des arthrites. Elle est instructive aussi en prouvant que l'appareil Scott peut être employé dans les cas à suppuration très abondante et qu'il est relativement assez imperméable pour des enfants qui se salissent au lit. Nous avons pu faire constater maintes fois aux élèves du service que la cuirasse de diachylon que j'enlevais était remplie à sa face interne d'un pus inodore, circonstance qui ne peut se rencontrer que dans un pansement antiseptique. Un autre appareil immobilisateur eût dû être renouvelé bien plus fréquemment que le nôtre, chose fâcheuse quand il s'agit d'arthrites douloureuses, comme c'était le cas ici. Pierre-Jean-Marie R... n'est pas guéri ; il est amélioré ; le pansement Scott lui a permis de passer tout l'hiver sans s'affaiblir ; la raison de sa non-guérison provient de ce que ses os dénudés manquent de la faculté de réaction, impulsion qui doit venir de l'individu et qu'on ne peut demander à un pansement.

Observation IV. — *Tumeur blanche du coude droit produite par des gommes. Guérison.* — Eugénie V..., 13 ans. Salle Sainte-Pauline, n° 4.

Enfant blonde, un peu pâle; pas de rachitisme; quelques petits ganglions cervicaux. Nous sommes peu renseignés sur ses antécédents, n'ayant jamais pu voir la mère de l'enfant. Le coude pour lequel elle est entrée à l'hôpital est malade depuis deux ans, mais ce n'est que depuis quatre mois qu'il est plus gros et tout à fait roide.

Le coude est entièrement ankylosé à angle droit légèrement obtus; les saillies osseuses sont normales; on y voit une série de plaies; trois se trouvent l'une sur l'autre un peu au-dessous et en dehors de l'épicondyle, une autre au milieu du pli du coude. Ces plaies n'ont pas de profondeur, ne communiquent pas avec des fistules, suppurent peu; outre les plaies il y a plusieurs tumeurs, on en voit : dans les muscles de la région antérieure au niveau de leur insertion supérieure ainsi que dans les muscles de la région externe également tout près de leur insertion épitrochléenne; mais il y en a surtout trois grosses faisant saillie entre les couches musculaires au-dessous de la plaie du pli du coude. Ces tumeurs paraissent toutes bien circonscrites, ne communiquant pas entre elles; leur pression ne fait refluer aucun liquide par les plaies; elles sont molles, non fluctuantes. Nous avons donc affaire ici à un cas assez rare de tumeur blanche produite par des gommes dont quelques-unes sont logées assez profondément et en des points assez voisins des surfaces articulaires pour avoir produit l'ankylose. L'enfant porte, du reste, des traces de gommes suppurées et cicatrisées sur d'autres parties du corps, notamment sur le bras du côté du coude malade et sur les cuisses. Ces gommes sont-elles spécifiques ou scrofuleuses? Nous n'avons pas pu être renseigné sur le contenu visqueux ou non d'aucune d'elles, les unes étant trop profondes, les autres ayant déjà suppuré; nous ne connaissons pas les antécédents. La conformation normale de la tête, du nez et des dents est contraire à l'idée de syphilis.

Le traitement a été commencé le 12 janvier : circonférence maxima du coude, 0,20; le pansement a été fait sans attelles de cuir, le membre étant ankylosé. Le 19 février, jour de l'application du troisième pansement, la mensuration ne donnait plus que 0,18. Les plaies étaient toutes en voie de bonne cicatrisation. A la fin du mois elles étaient absolument fermées; les tumeurs latérales ne se sentaient plus et les tumeurs médianes étaient tellement diminuées que j'avais déclaré Eugénie V... en état d'être renvoyée chez elle, sauf à revenir

à la consultation pour être pansée encore deux ou trois fois. L'enfant attendait donc que ses parents vinssent la chercher quand un œdème de la face donna l'idée d'examiner les jambes et les urines ; on trouva celles-ci très riches en albumine ; l'enfant fut envoyée en médecine où elle mourut au bout de peu de jours. L'autopsie fut faite et révéla une dégénérescence amyloïde des reins, cause d'albuminurie mise par tous les auteurs sur le compte de la scrofule ou de la tuberculose et ne pouvant pas être attribuée, par conséquent, à l'absorption de la pommade du pansement.

Observation V. — *Spina-ventosa du petit doigt droit et de l'index gauche. Guérison à droite, état stationnaire à gauche.* — Georgette B..., 26 mois (policlinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants). Parents bien portants, dans l'aisance. Enfant élevée à Bourg-la-Reine, chez sa grand'mère. Sœur de 4 ans, frère de 3 ans, sœur de 4 mois, tous en bonne santé.

Georgette B..., nourrie au biberon, a toujours été très délicate ; elle a, pour le moment, l'aspect d'une enfant de 9 mois, ne parle pas, ne se tient pas debout. Elle a souffert, pendant tout l'hiver, de bronchites et de pleurésies ; l'auscultation révèle dans ses deux poumons des râles suspects ; les doigts sont hippocratiques, il y a de la fièvre tous les soirs, pas d'appétit, de la diarrhée, etc. Le traitement fut commencé le 22 décembre et le pansement fait en général tous les huit jours, la suppuration étant très forte à la main gauche, qui est bien plus malade que la droite. Le mal siège sur la première phalange de l'index ; il y a trois fistules ; par deux on arrive dans la cavité de l'os ; c'est une ostéopériostite produite par de la tuberculose osseuse et intéressant toute la phalange ; la circonférence de la phalange en son milieu est 0,085. Nous avons eu ici des phases variées de poussées successives ; l'articulation métacarpo-phalangienne se prit, mais cette arthrite fut, grâce au pansement, maintenue dans des proportions modérées. Nous n'avons eu jamais plus de 0,065 à ce niveau ; il se fit des fistules nouvelles ; deux paraissaient venir du métacarpien. Le 13 avril, la mensuration de la phalange donnait 0,05 en son milieu, 0,065 à sa racine. Il reste une grande fistule et deux petites. L'arthrite paraît dominée. Quant à la main droite, il nous a semblé à plusieurs reprises que la suppuration allait s'établir, mais cela n'eut pas lieu ; les dimensions, qui étaient 0,05 le 22 décembre, varièrent ensuite entre 0,045 et 0,04. Ce chiffre ne change

plus depuis environ un mois, il n'y a plus de tendance à la rougeur, il reste seulement un peu de déformation au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange.

Observation VI. — *Tumeur blanche des deux articulations tibio-tarsiennes osseuse et capsulaire; fistules nombreuses* (observation non terminée). — Gaston de V..., 2 ans 1/2. Policlinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants. Sa mère, qui l'accompagne, paraît robuste, mais elle me dit avoir beaucoup souffert par la misère, son mari, qui porte un grand nom, baron de V..., ayant dû se faire homme de peine. Elle a perdu trois enfants en bas âge, deux de méningite tuberculeuse; il ne lui reste plus, avec le petit Gaston, qu'une fille plus âgée que lui. Celui-ci est pesant, mais bouffi, joues pendantes, gros ventre, sans rachitisme, lèvres non épaisses, pas de ganglions cervicaux; les doigts sont en massue. Il a déjà eu deux pleurésies et est actuellement en pleine bronchite avec fièvre le soir, gros râles dans toute l'étendue des deux poumons. Le pied droit, le plus malade, présente une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, d'origine osseuse; les deux malléoles sont tuméfiées; au-dessous de la malléole externe, fistule par laquelle le stylet pénètre dans le péroné; autre fistule plus récente sur la face latérale externe du calcanéum, où le stylet ne pénètre pas profondément et d'où sort beaucoup de pus. L'articulation tibio-tarsienne est compromise, car le pied a une mobilité trop grande sur la jambe. Le pied gauche est moins malade; pourtant les deux malléoles sont tuméfiées; il y a eu suppuration au-dessus de la malléole externe, une cicatrice en fait foi. Il y a également des gonflements osseux aux deux mains, d'un côté au carpe, région dorsale, de l'autre au premier métacarpien. Le traitement fut commencé pour les deux pieds le 8 décembre. La circonférence maxima était, pour le pied droit, 0,20, pour le gauche, 0,185. Il y eut, dans le traitement du pied droit comme du pied gauche, des abcès faisant beaucoup de saillie et qui donnèrent issue à du pus caséeux; pourtant, les jours les plus mauvais, la mensuration ne donnait que 0,19 (20 janvier) pour le pied gauche et pour le droit 0,175 (12 janvier).

Le 27 janvier, jour du dernier pansement, le pied droit mesurait 0,19 et le pied gauche 0,17. Cette observation nous a frappé par la rapidité avec laquelle le pus se formait; c'est là une circonstance fâcheuse; quand le pus dans une tumeur blanche se forme d'emblée

sans passer par la phase des fongosités, cela prouve une constitution très détériorée. Nous n'avons jamais vu la chose se présenter que chez des tuberculeux confirmés. Cet enfant n'est pas revenu à l'hôpital depuis le 27 février ; nous avons appris que l'état de sa poitrine s'était aggravé.

Voyons maintenant, d'après ces observations, comment expliquer l'action du pansement Scott.

Selon nous, elle doit être attribuée, comme nous l'avons déjà dit, *à une immobilisation très bien faite, à la compression et à l'action du mercure.*

I. — *Immobilisation.* — L'immobilisation est certainement la première condition du traitement des arthrites et, chose intéressante, tous les auteurs qui se sont occupés sérieusement du traitement des tumeurs blanches sont d'accord sur ce point. Déjà Brodie avait dit : « Le repos parfait du membre est un « moyen du moins très important, s'il n'est pas le plus à con- « sidérer. Tout mouvement, tout frottement des surfaces arti- « culaires l'une contre l'autre peut favoriser l'ulcération des « cartilages et hâter la formation des abcès. Malgaigne est « d'avis que la condition la plus essentielle pour la résolution « de toute phlegmasie, c'est le repos de l'organe affecté et que, « pour les tumeurs blanches, il faut recommander, avant toute « chose, le repos absolu (1). »

Bonnet, si compétent dans le traitement de ces affections, est aussi champion de l'immobilisation : « Les faits, dit-il, ne « laissent aucun doute sur cette vérité : que lorsque les anti- « phlogistiques les plus énergiques ont échoué complètement « contre une inflammation du genou et que la maladie s'ag- « grave constamment, le redressement du membre et son « immobilité maintenue après son redressement par des ap- « pareils convenables suffisent pour arrêter l'accroissement

(1) Malgaigne. *Note sur une nouvelle thérapeutique des tumeurs blanches.* (*Journal de chirurgie*, 1843.)

« du mal et l'amener dans un état tel que les douleurs cessent « et qu'une amélioration progressive succède à l'état le plus « grave (1). »

Le professeur Richet, dont les travaux scientifiques très complets sur les tumeurs blanches, parus en 1843 et 1853, ont fait faire à cette question d'importants progrès, considère aussi l'immobilisation comme la condition *sine qua non* de tout traitement rationnel des tumeurs blanches : « L'immobi- « lité, dit-il, voilà le point capital du traitement des syno- « vites ; on ne saurait se lasser de le répéter, le plus petit « mouvement exécuté dans des régions même très éloignées « de l'articulation malade, la plus légère contraction muscu- « laire suffisent à déterminer une rotation des surfaces arti- « culaires. Or, quand on réfléchit aux résultats fâcheux que « peut avoir sur des parties déjà enflammées cette perpétuelle « agitation qui ne cesse même pas pendant le sommeil, quand « on songe aux douleurs qu'elle occasionne chez la plupart « des malades et qui les privent de tout repos, on acquiert la « conviction que c'est là une des principales causes, sinon « l'unique, qui rend les maladies des articulations si graves « et si rebelles tout à la fois et qu'elle imprime à leurs mani- « festations ce cachet, ce caractère tout particulier qu'on ne « retrouve nulle part ailleurs et qui a si longtemps retardé « leur étude... Une des premières conditions à remplir, c'est « donc de rendre la douleur supportable, de l'amoindrir, et le « meilleur moyen pour obtenir ce résultat, c'est d'immobiliser « l'articulation par un bandage inamovible. J'ai vu tant de « fois des malades affectés d'une tumeur blanche du poignet « ou du genou qui ne leur laissait de repos ni jour ni nuit, « se trouver, comme ils le disaient eux-mêmes, dans le para- « dis, du moment où on leur soutenait la main ou la jambe à « l'aide d'une attelle hyponarthécique ou d'un bandage dex- « triné, que je ne conserve plus de doute sur l'efficacité de ce

(1) Malgaigne. *Loc. cit.*

« moyen. Cette immobilité de la jointure malade convient à « toutes les périodes de la maladie (1). »

Plus récemment, M. le professeur Verneuil, dans les séances mémorables de la Société de chirurgie de Paris, 1879, où il a montré que l'immobilisation n'a jamais d'inconvénient et que l'ankylophobie est un vain mot, émettait les mêmes idées que M. Richet, à propos des tumeurs blanches : « Le patient, di- « sait-il, craint la plus petite secousse et redoute même l'arri- « vée du sommeil. C'est en vain qu'on a appliqué les sangsues, « les vésicatoires, les pommades les plus narcotiques, les épi- « thèmes les plus émollients, rien n'y fait. Le chirurgien « arrive qui place et assujettit exactement le membre dans « une gouttière. La scène change comme par miracle : l'in- « flammation et les souffrances disparaissent comme par en- « chantement. La marche de la guérison date de ce moment « précis. A la vérité, il suffit, pour ramener tout le cortège « phlegmasique de la moindre imprudence et de la suppres- « sion prématurée du repos absolu imposé à la jointure ; mais, « aussi, il suffit, pour ramener le calme, de reproduire l'im- « mobilisation (2). »

Nous n'en dirons pas plus long sur cette question de l'immobilisation qui nous paraît jugée, et nous conseillons à tous ceux qui n'auraient pas d'idée arrêtée à ce sujet, de faire comme nous avons fait (observation III), des expériences comparatives, en immobilisant et n'immobilisant pas, tour à tour. Malgré l'autorité d'hommes connus comme Lugol, Gensoul, Mellet, de Lausanne (3), Lafargue (4), nous ne comprenons les succès obtenus par les mouvements dans les tumeurs blanches, qu'en admettant que les cas traités étaient à une période déjà avancée et dénuée de toute acuité.

---

(1) Richet. *Mémoire sur les tumeurs blanches.* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1853, t. XVII.)

(2) Verneuil. *Quelques propositions sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades.* (*Annales de la Société de chirurgie*, 4 juin 1879.

(3) *Manuel pratique d'orthopédie.* Paris, 1844, p. 336.

(4) Thèse inaugurale. Paris, 1853).

Comment l'immobilisation est-elle, en général, obtenue?

1° Par le repos au lit;

2° En liant le membre malade au membre sain et en l'attachant fortement au tronc;

3° Par les doubles plans inclinés;

4° Par les appareils hyponarthéciques;

5° Par les gouttières;

6° Par les appareils compressifs solides.

Si l'on passe en revue ces différents procédés, on verra que les trois premiers n'atteignent pas le but proposé. Malgaigne, qui conseille le second moyen, déclare lui-même qu'il est insuffisant. Les appareils hyponarthéciques préconisés par Mayor, les gouttières très perfectionnées par Bonnet, laissent également trop de jeu aux membres malades; on les emploie lorsque la suppuration ou les plaies de la tumeur blanche exigent de fréquents pansements. Restent les appareils compressifs solides dextrinés, amidonnés, plâtrés, silicatés, qui ont tous l'inconvénient de ne pouvoir être employés quand il y a suppuration, d'être trop rigides et de risquer de blesser la peau par leurs bords, puis de se relâcher par le tassement de la ouate et par le fait de la diminution de volume de l'articulation une fois que le traitement agit. Les appareils silicatés sans ouate ne sont pas supportés sur la peau douloureusement tendue d'une tumeur blanche. Il y a, il est vrai, les appareils amovo-inamovibles, mais ils ont l'inconvénient d'être trop lâches au bout d'un certain temps, et pour les fabriquer, comme aussi pour les mettre et pour les ôter, on imprime des secousses préjudiciables aux malades.

La grande supériorité de l'appareil Scott, au point de vue de l'immobilisation (appliqué, cela va sans dire, méthodiquement et sur une surface assez étendue), nous paraît consister *dans une immobilisation plus rigoureuse* qu'elle ne l'est d'ordinaire, ainsi que M. Verneuil l'a fait observer dans la discussion qui a eu lieu au sujet du traitement Scott, à la Société de chirurgie, en avril 1879. *Sa souplesse relative* lui permet de se mouler plus exactement sur le membre; il est toujours *sup-*

porté sans souffrance à toutes les périodes du mal et *sans entamer la peau* ; il peut être *employé quand il y a suppuration*, *sans modifications*, et il est *assez léger* pour permettre la déambulation quand il y a lieu.

(*A suivre.*)

REVUES DIVERSES

I. — Analyses et extraits divers.

Tuberculose Erkrankung der Mesenterialdrusen auch Bauchscropheln, Tabes mesaraïca genannt. Tuberculöse Darmgeschwüre (Tuberculose des ganglions mésentériques appelée encore scrofule abdominale, tabes mesaraïca. Ulcérations tuberculeuses intestinales), par le professeur Widerhofer. (*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, 1886, n° 2.)

La tuberculose primitive des ganglions mésentériques est extrêmement rare. L'auteur a eu une seule fois l'occasion de faire, pendant la vie de l'individu, le diagnostic d'une tuberculose primitive du mésentère. Les points de repère du diagnostic sont : la constitution du ventre, l'état de la digestion et particulièrement de la défécation, la marche de la fièvre, l'état des ganglions lymphatiques voisins et l'existence de tumeurs abdominales. Le ventre est toujours plus ou moins gonflé, ballonné, comme chez les enfants atteints de troubles digestifs de longue durée ; lorsque la maladie est accentuée, la peau du ventre est sèche, rugueuse, atrophiée. Mais tout cela ne présente rien de caractéristique. Il est un seul signe qui permet de diagnostiquer presque sûrement la tuberculose des ganglions mésentériques, c'est l'existence directement sous la peau du ventre et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, de petits noyaux durs, roulant sous les doigts, et qui ne sont autre chose que des ganglions lymphatiques tuméfiés, en voie de caséification et parfois de suppuration. La présence de ces ganglions a une grande valeur au point de vue du diagnostic, car on ne les trouve jamais sous la peau du ventre à l'état normal. On constate en outre, d'une façon constante, une tuméfaction plus ou moins intense des ganglions inguinaux. Les en-

fants atteints de tuberculose mésentérique présentent alternativement de la diarrhée et de la constipation. Leurs selles sont presque toujours fétides. Les anciens médecins ont particulièrement insisté sur la constitution graisseuse de ces selles; dans les maladies du duodénum ou du foie, des quantités plus ou moins considérables de matières graisseuses traversent le canal digestif sans être résorbées, mais cette graisse est intimement mêlée à la masse alimentaire. Dans la tuberculose mésentérique, au contraire, des flocons graisseux surnagent en grande quantité à la surface des selles. Ce signe, bien qu'il n'ait pas la valeur qui lui a été attribuée par les anciens, mérite cependant d'être pris en considération. Le diagnostic de la tuberculose mésentérique sera bien plus facile lorsque l'on arrivera à constater l'existence d'une tumeur dure, bosselée, peu mobile, formée par l'agglomération des ganglions engorgés. Malheureusement, cette tumeur ne se révélera point au moyen de la palpation, si les ganglions mésentériques ne sont pas tuméfiés en masse, et si les ganglions rétro-péritonéaux ne participent pas au processus. Existe-t-il un ascite plus ou moins abondant, ou bien le ventre est-il tuméfié considérablement par suite de tympanisme, dans ces cas, la percussion et la palpation n'arriveront guère à éclairer le diagnostic. Fnfin, on a confondu, dans bien des cas, des tumeurs constituées par des matières fécales durcies, avec des ganglions mésentériques tuméfiés. Dans tous les cas où les ganglions voisins des glandes mésentériques et, en particulier, les ganglions inguinaux, ne sont pas tuméfiés, le diagnostic de tuberculose mésentérique devra être rejeté.

Lorsque la masse ganglionnaire forme une tumeur abdominale considérable, elle peut déterminer des péritonites partielles, des strictures intestinales, des troubles dans la circulation de retour, d'où dilatation des veines abdominales et œdème circonscrit des membres inférieurs. La tuberculose primitive des ganglions mésentériques est une maladie de la seconde enfance; c'est vers 7 ou 8 ans qu'on l'observe le plus souvent. Le pronostic de cette affection est fatal; la thérapeutique est absolument impuissante à enrayer la marche du processus.

Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin s'observent de préférence, comme la tuberculeuse mésentérique, dans la seconde enfance. Elles s'accompagnent de certaines particularités inhérentes à l'âge des malades. C'est ainsi que, chez les tout jeunes enfants, ces ulcé-

rations n'ont pas la forme annulaire qui leur est habituelle lorsque les malades sont plus âgés. Les follicules isolés sont les premiers à s'ulcérer. Ils se tuméfient, prennent une coloration jaunâtre, suppurent et constituent finalement de petites érosions. Chez les enfants âgés, le processus ulcéreux se propage le long des vaisseaux, d'où cet aspect annulaire que présentent chez eux les ulcérations.

Le diagnostic des ulcérations primitives de l'intestin est très difficile pendant la vie. Les selles ne présentent rien de caractéristique, on observe des alternatives de diarrhée et de constipation qui possèdent ce caractère particulier, d'être de longue durée; soit la diarrhée, soit la constipation, persiste chaque fois pendant plusieurs jours. La défécation s'accompagne de douleurs extrêmement intenses. Après chaque repas, les petits malades se plaignent de coliques très vives. La palpation ne facilite guère le diagnostic. La région du ventre est douloureuse autour de l'ombilic. Cette douleur n'est pas le résultat des ulcérations, mais de la péritonite circonscrite si commune dans ces cas. Enfin, dans bien des circonstances, il est à peu près impossible de faire le diagnostic différentiel entre le catarrhe intestinal chronique et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Pour ce qui concerne le traitement de ces ulcérations, il importe surtout de proscrire de l'alimentation de ces enfants, habituellement d'une voracité très grande, les substances qui fournissent une quantité notable de matières fécales. On leur donne de préférence des aliments liquides substantiels : du lait, des œufs, de la viande. Contre les douleurs on prescrira de l'opium. La diarrhée sera combattue au moyen des astringents et des désinfectants, par exemple, décoction de bois de campêche, salicylate de soude. Le bismuth, associé à l'opium sera également un médicament très rationnel.

Ueber die Behandlung der Pleuritis bei Kindern (Du traitement de la pleurésie chez les enfants), par le professeur WIDERHOFER. (*Algemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1886, n° 3)

Plus l'enfant est jeune, plus le diagnostic de la pleurésie est difficile. Les enfants, en effet, rendent très difficilement compte des symptômes subjectifs qu'ils éprouvent. La pleurésie peut passer inaperçue si l'on ne pratique pas un examen minutieux. Très souvent, les enfants, au lieu d'indiquer un point de côté, placent le siège de leur douleur dans le ventre. Lorsqu'une fois l'exsudat est formé, certains

phénomènes particuliers peuvent mettre sur la voie du diagnostic. L'enfant respire plus superficiellement, il est pris de mouvements fébriles qui persistent depuis plusieurs jours, en outre, il tousse çà et là. Le point le plus important pour le diagnostic de la pleurésie, c'est une respiration plus fréquente et plus superficielle, la douleur de côté ne vient qu'en seconde ligne. Lorsqu'il existe un épanchement dans la plèvre, l'enfant se couche sur le côté malade. Les signes physiques ont, relativement au diagnostic, une valeur plus considérable. Au début, on constate, en général, surtout une respiration bronchique; ce n'est que progressivement qu'on perçoit la matité, l'augmentation de la résistance au doigt et la diminution du murmure respiratoire.

Si l'épanchement est abondant, le diagnostic de la maladie se fait aisément. Lorsqu'il s'agit d'une pleurésie localisée à la base de la plèvre, le diagnostic ne pourra pas être fait avec certitude. En général, on ne saurait attacher chez les enfants trop de valeur à la sensation de résistance au doigt fournie par la percussion. Une percussion légère indiquera bien mieux que l'auscultation, par la sensation de résistance qu'elle donne, l'existence d'un épanchement pleural. D'une manière générale, le pronostic de la pleurésie est favorable chez les enfants. Si l'exsudat ne se résorbe pas spontanément, on a recours à la thoracentèse. Cette opération est surtout indiquée lorsque l'épanchement est tellement abondant qu'il occasionne une dyspnée intense et force l'enfant à quitter la position horizontale. Un exsudat séreux ou séro-fibrineux n'entraîne jamais d'accidents de ce genre chez les enfants. Les épanchements purulents, au contraire, mettent souvent en danger la vie du petit malade. Mais comment savoir qu'un épanchement est purulent? La durée d'un épanchement nous renseignera sur sa nature. Lorsqu'un exsudat persiste au delà de quinze jours, que la température s'élève, deux fois par jour, à 39°5 ou 40°, et que l'enfant maigrit pendant ce temps, il est fort à craindre qu'on ait affaire à un épanchement purulent. Cependant, la ponction exploratrice donnera seule une certitude complète.

Quel doit être le traitement de la pleurésie purulente? La simple ponction suivie d'aspiration au moyen de l'appareil de Dieulafoy ne donne pas de résultats satisfaisants; l'épanchement se reproduit le plus souvent dans l'espace de peu de jours. L'auteur traite la pleurésie purulente comme un abcès; il fait une incision entre le 5e et le 6e espace intercostal et, le pus une fois évacué, laisse en demeure

un drain et recouvre la plaie d'un pansement antiseptique. En général, la guérison est complète au bout de deux à trois semaines. Lorsque l'opération est pratiquée à une période avancée de la maladie, il est nécessaire de faire dans la plèvre des lavages avec une solution d'acide salicylique ou de thymol. L'acide phénique devra être employé avec de grandes précautions ; les empoisonnements par cet agent sont d'autant plus fréquents que les sujets sont plus jeunes. Pour éviter toute déformation thoracique, il importe de pratiquer l'opération de bonne heure. Lorsqu'un épanchement purulent est abandonné à lui-même, le pus pourra se frayer une issue au dehors, en un point quelconque du thorax ou de l'abdomen. A ce niveau surgira une tuméfaction plus ou moins considérable, fluctuante, accompagnée d'un œdème inflammatoire. La plupart de ces malades succombent dans le marasme.

Ueber die Behandlung des Morbus Brightü und der urämischen Erscheinungen nach Scarlatina (Traitement du mal de Bright et des symptômes de l'urémie consécutifs à la scarlatine), par le professeur Widerhofer. (*Algemeine Wiener med. Zeitung*, 1886, n° 3.)

Chez les enfants, la maladie de Bright est presque toujours le résultat d'une scarlatine antérieure. Les accidents urémiques ne sont pas rares dans l'enfance, après la scarlatine. L'urémie est d'autant plus à craindre que l'œdème est peu considérable et l'urination peu abondante. Ordinairement, les accidents débutent par des vomissements. Lorsque, dans le cours d'une scarlatine, il survient une maladie de Bright, les enfants pâlissent subitement et en même temps la desquamation s'arrête. Aussitôt que le malade n'urine plus, l'urémie débute. Les premiers symptômes consistent en une somnolence plus ou moins prolongée, puis tout à coup surviennent des convulsions extrêmement intenses. Les accès peuvent se répéter plusieurs fois ; ordinairement, on observe plusieurs accès dans les vingt-quatre heures. La durée du stade convulsif ne dépasse généralement pas vingt-quatre heures ; au bout de ce temps, l'enfant parvient à uriner, l'œdème devient plus considérable ; dans certains cas, il survient de l'anasarque, une pleurésie, une péricardite, etc. En somme, le pronostic n'est pas très défavorable, car plus de la moitié des enfants guérissent. Mais lorsqu'il existe, au moment de l'attaque, de la pleurésie, de la péricardite et surtout de la bronchite, l'urémie met

la vie de l'enfant en danger. Le traitement de l'accès d'urémie consiste dans l'administration de l'hydrate de chloral en lavement, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. 50, selon l'âge des malades. Lorsqu'il n'existe aucune complication pulmonaire, les inhalations de chloroforme donnent d'excellents résultats. Dès que l'enfant peut avaler, il importe de lui administrer un laxatif. Les diurétiques irritants doivent être rejetés ; en somme, l'expectation doit être la règle de conduite. Lorsque la digitale semble indiquée, on la donne à la dose de 0,15 à 0,20 p. 100. Dans le cas où il existerait une hyperhémie passive, on la combattrait au moyen des diurétiques, par exemple l'acétate de potasse à la dose de 1 à 3 grammes. Dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé les bains chauds et la pilocarpine. Cette dernière n'a pas tenu ses promesses; elle occasionne souvent un collapsus grave. Les bains chauds, 28° à 29° R., donnent de très bons résultats, à condition qu'on enveloppe chaudement les malades à leur sortie du bain et qu'on les fasse transpirer. Lorsque enfin la maladie est amenée à sa fin, la diète devra être remplacée par une alimentation plus substantielle à laquelle on ajoutera, au besoin, du fer, du quinquina.

Ein Fäll von Pemphigus acutus (Un cas de pemphigus aigu), par le Professeur Senator. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1886, n° 1.)

Une jeune fille âgée de 16 ans, présente subitement, le 11 mai 1885, une fièvre vive accompagnée de troubles cérébraux intenses. Au bout de deux jours, apparition, sur toute la surface du corps, à l'exception toutefois du cuir chevelu, d'un exanthème constitué par des bulles du volume d'un pois à celui d'une noisette, et remplies d'un liquide purulent. La peau sous-jacente, un peu plus dure qu'à l'état normal, est le siège d'une rougeur diffuse. En certains points du corps, entre autres au niveau de l'abdomen, des bras et des jambes, les bulles sont très confluentes, déchirées en très grand nombre et à ce niveau l'épiderme se détache par plaques plus ou moins larges. Ailleurs, des bulles plus petites présentent à leur sommet une légère dépression centrale, ombiliquée, semblable à celles qu'on observe sur les pustules de la variole et qui est le résultat de la dessiccation du contenu de ces bulles. A côté de ces bulles, on observe aussi de petits nodules arrondis, rouges, dont le sommet est surmonté de toutes petites vésicules remplies de pus. Les paupières présentent une tuméfaction notable, leurs rebords sont rouges et recouverts d'un enduit jaunâtre,

les conjonctives sont également tuméfiées et rouges. La langue est épaisse; sur toute la surface de la muqueuse bucco-pharyngienne, on peut constater une rougeur érythémateuse intense; les amygdales sont gonflées et le siège de petites ulcérations superficielles.

Au bout de deux jours, les bulles commençent à se dessécher, mais la rougeur persiste sur la peau qui est dépourvue de son épiderme sur certains points et recouverte de croûtes minces et jaunâtres. Quelques jours après, desquamation généralisée qui dure jusqu'à la fin du mois. L'auteur range cette affection dans la catégorie des maladies générales, fébriles, à marche rapide. Elle s'accompagne d'un stade prodromique et, en outre, les muqueuses participent au processus pathologique. Il s'agit donc d'une affection analogue aux exanthèmes aigus; on devrait l'appeler non pas pemphigus aigu, mais fièvre bulleuse.

Ueber Tetanie der Saüglinge (De la tétanie des nouveau-nés), par A. Baginsky. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, nº 6.)

M. Baginsky a eu l'occasion d'observer chez quinze enfants, âgés de moins de 1 an, des contractures musculaires idiopathiques désignées généralement sous le nom de *tétanie des nouveau-nés*. Le cas suivant présente tous les caractères types de ce complexus symptomatique : un enfant, d'abord allaité par sa mère, est sevré à l'âge de 3 mois. Il présente à partir de ce moment de légers troubles digestifs auxquels viennent s'ajouter plus tard des vomissements répétés. Voici à ce moment l'état de son système musculaire : les muscles oculaires sont intacts ; rien d'anormal au niveau du facial, la palpation des deux muscles pectoraux donne une sensation de dureté et de tension considérables; la musculature des bras n'est soumise à aucune tension. Si l'on arrive à toucher les muscles des deux avant-bras, on voit aussitôt les doigts se fléchir fortement et prendre la position classique propre à la tétanie. Rien d'anormal du côté des muscles abdominaux. Sur les muscles de la cuisse droite, il suffit d'un léger attouchement pour provoquer la contracture des fléchisseurs et des adducteurs. La cuisse est fléchie fortement sur le ventre, surtout lorsque l'on exerce une certaine pression au niveau de l'artère crurale. Du côté de la cuisse gauche la contracture n'intéresse plus les fléchisseurs, la cuisse se met au contraire dans l'extension et le pied correspondant prend la situation du pied équin. Toutes ces contrac-

tures s'accompagnent de douleurs extrêmement vives. Le plus faible courant faradique provoque des contractions très intenses.

Au bout de quelques jours, strabisme convergent. L'irritabilité musculaire était telle qu'une légère pression exercée sur un groupe musculaire provoquait des contractures dans des muscles éloignés. Pendant ce temps survenaient aussi sur la peau des troubles vasomoteurs. Les symptômes dyspeptiques ayant cessé progressivement, tout rentra dans l'ordre. Les réflexes rotuliens n'étaient ni augmentés, ni diminués ; dans un cas seulement, l'auteur a pu voir le gonflement des articulations tel qu'il a été signalé par différents auteurs. Le sensorium était toujours resté intact.

Au point de vue de l'étiologie, il importe de faire remarquer que ces symptômes de tétanie s'observaient tous en été, ce qui permet déjà d'établir un rapport entre cette affection et les désordres digestifs si fréquents à cette époque de l'année. La plupart des enfants étaient âgés de 3 à 4 mois ; il ne s'agissait donc pas dans ces cas d'accidents de dentition.

Suivant M. Baginsky, ces troubles musculaires ont été la conséquence directe d'une altération des nerfs périphériques. Il ne peut pas être question dans ces cas d'une affection centrale, car les désordres musculaires n'ont présenté aucune symétrie, les réflexes sont restés intacts, et les contractures musculaires ont pu être produites dans tous les cas, par une simple action mécanique exercée sur la périphérie. L'auteur admet que, par suite des troubles digestifs, il s'est introduit dans le courant sanguin une certaine substance toxique qui a amené l'irritation des nerfs périphériques. Le pronostic de ces contractures est favorable. Le traitement doit viser particulièrement les troubles gastriques ; au moment des attaques, l'hydrate de chloral combattra avec efficacité les contractures des différents groupes musculaires.

Eine neue Methode der Temperaturmessung bei Kindern (Une nouvelle manière de prendre la température chez les enfants), par le Dr Filatoff. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1886, t. VII, fasc. III.)

Tous les médecins savent combien il est, dans certains cas, difficile de prendre la température axillaire ou rectale chez les enfants. Une des principales difficultés consiste dans l'impatience de l'enfant qui ne se tient pas tranquille pendant le temps assez long qu'exige la mensuration de la température. Le Dr Filatoff propose une méthode

qui ne donnera pas la température rigoureusement exacte, il est vrai, mais au moins une mensuration suffisante pour la plupart des cas. Cette méthode consiste simplement à observer, non pas l'ascension de la colonne mercurielle, mais au contraire, la chute de cette colonne. Il fait monter la colonne de mercure en échauffant la cuvette du thermomètre soit avec la main, soit avec la couverture du lit. Lorsque la température a atteint 42°, il porte rapidement l'instrument dans le creux axillaire préalablement découvert et observe la baisse qui se produit en moins de une à deux minutes, surtout dans les fièvres graves. Il obtient ainsi une température se rapprochant sensiblement de la température vraie.

Dr G. Boehler.

Sopra un caso di pericardite siero-fibrinosa acuta consecutiva a pertosse in una bambina a quatro mesi (Un cas de péricardite séro-fibrineuse aiguë, consécutive à la coqueluche, chez une petite fille de 4 mois), par le Dr G. Racchi, dans l'*Arch. di pat. inf.*, fasc. 4 et 5, Ann. 1885, d'après la *Rivista clinica* de décembre 1885.

Petite fille de 4 mois, entrée à l'Annunziata de Naples, d'abord dans la section ophthalmologique, pour une maladie oculaire, passe dans la section médicale, comme étant atteinte d'une bronchite aiguë qui s'améliore rapidement. Au bout de huit jours, on pouvait la considérer comme entrée en convalescence, quand elle commença à éprouver des quintes de toux qui prirent bientôt tous les caractères de la coqueluche. Plusieurs semaines s'écoulèrent ainsi, mais bientôt de nouveaux phénomènes se montrèrent avec une température constamment élevée et le diagnostic de bronchite capillaire consécutive à la coqueluche, principalement à droite, dut être porté. On découvrait, par l'examen de la poitrine, des foyers épars de pneumonie lobulaire, de l'emphysème compensateur aigu des marges pulmonaires antérieures et inférieures. Il y avait des signes de stase cérébrale et hépatique. La mort survint environ un mois après et l'examen nécroscopique, en confirmant le diagnostic, montra en plus l'existence d'une péricardite séro-fibrineuse aiguë qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie.

On comprend très bien que ce diagnostic n'ait pas été fait en remarquant avec l'auteur qu'il existait un fort emphysème des lobes pulmonaires antérieurs qui empêchait la manifestation de la plupart

des signes physiques de la péricardite : la bosse précordiale, l'aplanissement des espaces intercostaux, l'augmentation de la zone de matité et auquel on pouvait attribuer en propre le trouble des battements, la débilité des contractions cardiaques.

Le cas est intéressant parce que la péricardite est assez rare dans l'âge infantile aussi bien que les états morbides dans lesquels elle a coutume de se produire, comme le rhumatisme articulaire aigu, très rare dans l'enfance ; la pleurésie ; la tuberculose généralisée, et, parmi les affections qui se rencontrent dans l'enfance, l'inflammation septique de l'ombilic. Il était difficile de la considérer ici comme idiopathique, en l'absence de la cause la plus souvent invoquée, le froid, car la petite fille se trouvait dans une infirmerie, entourée de tous les soins et de toutes les précautions possibles.

Il ne reste plus qu'à établir un rapport, s'il est possible, entre la péricardite et la coqueluche, quoique les auteurs soient absolument silencieux sur ce point, car on ne peut guère considérer comme un précédent, l'opinion de Steffen, dans le *Ziemssen's Handbuch*, quand il dit que l'endocardite et la péricardite sont extrêmement rares dans la toux convulsive.

Pour résoudre la question, l'auteur a fait l'examen microscopique, tant de l'exsudat laryngé et bronchique que de l'exsudat péricardique, et il y a trouvé des schizomycètes sur lesquels, d'ailleurs, il ne veut pas se fonder pour établir un rapport entre la coqueluche et la péricardite. Il a préféré avoir recours à l'expérimentation.

Il a touché le larynx de trois lapins avec trois pinceaux différents imprégnés l'un de la sécrétion laryngée, l'autre de la sécrétion des petites bronches, l'autre de l'exsudat péricardique, et il s'est produit chez les trois lapins une toux identique, pour sa forme clinique et sa marche, à celle de la coqueluche.

De plus il a inoculé à d'autres lapins la sécrétion laryngée des trois premiers, et, chez tous, il est arrivé à produire une toux douée des mêmes caractères. Le même résultat s'est produit quand il a enfermé un lapin sain dans la même cage avec un des lapins de la première expérience et l'y a fait séjourner pendant plusieurs jours. Au moyen de liquides extraits de la cavité péricardique et de la cavité pleurale des animaux en expérience, il est arrivé à produire la toux convulsive chez deux chiens. Un fait digne de remarque c'est que chez un des quatre lapins sectionnés il s'est trouvé de la péricardite vraie, et, chez les trois autres, une hyperhémie intense du péricarde.

De tout cela l'auteur conclut que la péricardite qui complique la toux convulsive est l'effet direct du germe de cette dernière et que probablement le péricarde est plus disposé que les autres séreuses et que les autres organes à subir l'action de ce germe à cause de l'irritation cutanée continue de la paroi sous laquelle il est situé, pendant les paroxysmes de la toux. C'est ce que semble prouver l'hyperhémie du péricarde qui a été remarquée à l'autopsie des lapins morts ou sacrifiés au cours des expériences.

Note on the Association of Rheumatism with Scarlatina (Note sur l'association du rhumatisme avec la scarlatine), par le Dr T.-F. Raven, in the *Brit. Med. Journ.*, 6 mars 1886.

Dans un groupe de cas de scarlatine récemment observés, plusieurs points dignes d'intérêt se sont présentés. Les plus remarquables sont ceux qui ont trait à des manifestations irrégulières de la scarlatine.

Tous ces cas se sont passés sous un même toit. La maladie commença par une servante qui, quelques jours avant que d'être prise, était sortie avec son amoureux et avait été embrassée par lui. Ce dernier était convalescent d'une esquinancie bien caractérisée et qui s'était terminée par crise. Les symptômes les plus marqués dans le cas de la servante furent de la douleur et de la raideur dans les muscles du dos et du cou. Il y eut un peu d'angine tonsillaire et un *rash* très faible se montra, exclusivement sur la poitrine. L'exfoliation épidermique s'ensuivit et la malade eut une attaque d'érythème noueux, après laquelle elle eut du rhumatisme subaigu des mains et des genoux. Il n'y eut pas d'albuminurie.

Trois petits garçons prirent d'elle la maladie. Un fut légèrement pris, l'autre assez vivement. Le troisième cas, qui se produisit le dernier, mérite plus d'attention. On s'aperçut que le petit garçon, âgé de 4 ans, avait un rash peu marqué sur l'abdomen. Autrement il semblait en parfaite santé. La température était subnormale. Il n'avait rien à la gorge. Son appétit et sa bonne humeur étaient intacts. En deux ou trois jours, sa température monta à 38° cent. et le rash devint vésiculaire. Avec une aiguille, on pouvait en faire couler un peu de liquide, mais malheureusement il n'y avait personne dans la maison à qui on pût recommander l'inoculation.

Pendant que ces cas de scarlatine étaient en cours, des symptômes de rhumatisme apparaissaient chez trois adultes de la même maison.

Le colonel E... était malade avec des symptômes fébriles. Il avait des douleurs très fortes dans les muscles de la nuque. Sa gorge était injectée. La température s'éleva chez lui à 39°,6, mais s'abaissa promptement. Il y eut ensuite du rhumatisme subaigu fibreux des genoux et de la sciatique des deux côtés. Il était déprimé physiquement et souffrait d'un furoncle indolent à la main. Il n'y eut à aucun moment ni rash, ni albuminurie. L'urine était pâle et copieuse.

E..., dame adulte, qui donnait des soins à l'un des deux petits garçons, se plaignait de fortes douleurs et de raideur dans les muscles du cou. La gorge était rouge et la malade avait de la fièvre. Il n'y eut pas de rash. L'urine était pâle, copieuse, et non albumineuse.

B..., dame adulte se sentit malade avec fièvre. Son cou était roide et douloureux et ensuite elle souffrit de douleur au sacrum. Sa gorge était un peu injectée, mais elle n'avait pas de rash. Il n'y avait pas, là non plus, d'albumine dans l'urine.

Je n'ai jamais, dit l'auteur, constaté de symptômes de ce genre en rapport avec la scarlatine. En causant de ce sujet avec un confrère, il y a quelque temps, il s'est souvenu que pas longtemps auparavant, étant assidu à traiter des scarlatineux, il avait éprouvé un accès de fièvre, accompagné de douleurs dans les muscles cervicaux.

Peculiarities of Malaria in Children. (Particularités de la malaria chez les enfants), par le Dr J.-P. KINGSLEY (de Missouri), d'après le *Brit. Med. Journ.*, 20 mars 1886.

Le Dr Kingsley résume ainsi les particularités de la malaria infantile :

Absence de frisson et de transpiration.

Fièvre périodique légère qui ne se révèle qu'à l'examen thermométrique.

Douleurs fréquentes ou périodiques à la tête et dans la région épigastrique.

Indigestion habituelle accompagnée de nausée, de vomissement ou de diarrhée.

Complications fréquentes d'angine tonsillaire, de pharyngite, de bronchite.

Quintes de toux périodiques revenant particulièrement pendant la nuit.

Nécessité d'examiner la rate par la palpation et la percussion.

L'efficacité du sulfate de quinine peut seule confirmer le diagnostic dans les cas douteux.

Affections oculaires graves après la rougeole, par le Dr A. Dujardin. In *Journ. des Sciences méd. de Lille.*

Un certain degré de conjonctivite catarrhale, de la blépharite légère, des poussées de kératite strumeuse accompagnent ordinairement l'affection rubéolique, et l'on vient à bout sans trop de peine de ces affections parfois tenaces qui ne mettent pas la vision en danger.

Dans une épidémie de rougeole qui sévit encore à Lille, plusieurs affections oculaires, d'une gravité exceptionnelle, se sont terminées par la perte d'un œil. Mackensie avait déjà décrit des cas de ce genre dans son *Traité des maladies des yeux.*

Le Dr Dujardin rapporte un *cas d'ophthalmie diphthéritique consécutive à la rougeole; perte de l'œil gauche, guérison de l'œil droit avec un vaste leucome.*

L'œil gauche a présenté un staphylôme presque total avec distension buphthalmique, et l'œil droit un exsudat purulent à la partie inféro-interne, se continuant avec une pseudo-membrane de la conjonctive oculaire péricornéenne.

L'œil gauche étant devenu douloureux, le staphylôme a été incisé et issue a été donnée au cristallin. Du côté droit, la régression de l'infiltrat purulent s'est opérée lentement et progressivement. Il reste un vaste leucome, épais, masquant complètement l'iris.

Le Dr Dujardin rapporte une observation de *staphylôme total de l'iris*, postrubéolique, qui a nécessité l'exentération du globe oculaire; un autre cas de *staphylôme de l'iris avec buphthalmos* pour lequel l'intervention chirurgicale a été refusée ; un cas de *kératite purulente diffuse*, suivie de la perte de l'œil gauche ; un cas de *la même affection terminée par un vaste staphylôme de l'œil gauche ;* un cas de *vaste perforation de la cornée avec vitrocèle*, le tout après rougeole.

Au total, six yeux perdus à la suite de la rougeole et, coïncidence bizarre, six yeux gauches.

On ne peut s'empêcher de songer, à ce propos, aux kératites signalées après la variole et qui ne sont pas dues, comme on l'a cru, à une pustule sur la cornée.

L'ophthalmie varioleuse *secondaire* se présente le plus souvent sous forme de *kératite suppurative*, parfois circonscrite et laissant à sa suite un leucome indélébile, fréquemment diffus et entraînant la perte de l'œil.

Dr Pierre-J. MERCIER.

II. — OUVRAGES REÇUS.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1884, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, BUDOR, DUBARRY et LEFLAIVE, internes du service, et P. BRICON, docteur en médecine. — In-8, 5 figures. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Contribution à l'étude clinique des applications thérapeutiques de l'antipyrine, par le Dr Clemente FERREIRA, de Rio-de-Janeiro. (En français.)

Du traitement de la diarrhée chronique chez les enfants, par le Dr ZINNIS, d'Athènes. (En français.)

De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants, par le Dr H. CAZIN, avec de nombreuses gravures. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.) — Paris. Asselin et Houzean, 1885.

La scrofule et les bains de mer, par le Dr C. VAN MERRIS, avec plans et cartes. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.) — Paris. J.-B. Baillière et fils, 1886.

Pathogénie des atrophies musculaires. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le Dr Pierre PARISOT, de Nancy.

La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, par les Drs R. TRIPIER et L. BOUVERET, de Lyon. — Paris. J.-B. Baillière et fils, 1886.

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche, par le Dr MONCORVO, de Rio-de-Janeiro.

Sur l'administration continue de la thalline et son action dans le typhus abdominal, par le Pr P. EHRLICH et le Dr B. LAQUER. (En français.)

La salute del bambino (*La santé de l'enfant*), par le Dr R. GUAITA, de Milan.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd.
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Juin 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYPHILIS INFANTILE CONGÉNITALE.

DE SON TRAITEMENT COMPARÉ AVEC CELUI DE LA SYPHILIS DES ADULTES,

Par le Dr Jules Simon,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Leçon clinique recueillie et publiée par M. le Dr Pierre-J. Mercier, médecin consultant aux eaux de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

Messieurs,

Je vous ai dit qu'un des principaux obstacles que rencontre le praticien inexpérimenté, dans le traitement de la syphilis infantile, est la tendance, presque invincible pour quelques-uns, à appliquer à ce traitement les données plus ou moins légitimes, que chacun possède sur le traitement de la syphilis des adultes. Ce préjugé serait d'autant plus funeste qu'il semble plus rationnel, car les deux traitements ont pour base commune la médication mercurielle, qui est la pierre angu-

laire de la thérapeutique de la syphilis de tous les âges ; mais la manière d'appliquer cette médication peut transformer son action de salutaire en délétère. La difficulté réside dans le choix de la préparation hydrargyrique, dans son dosage et son mode d'emploi, dans l'appréciation de sa valeur, comparée à celle de l'iodure de potassium, dans la détermination du moment où ce dernier médicament doit être donné, soit associé au mercure, soit isolément.

Or, ces questions sont loin d'être résolues de la même façon, suivant l'âge du sujet ; c'est ce qui donne un intérêt tout particulier à la revision rapide de la méthode de traitement applicable à la syphilis des adultes. Je n'ai pas de mandat pour imprimer un cachet personnel à cette excursion thérapeutique sur un domaine si bien occupé par des maîtres, anciens ou récents, comme Ricord et comme Fournier ; néanmoins, vous ne vous repentirez peut-être pas de l'attention que vous aurez apportée à ces notes cliniques d'un médecin des enfants qui n'a que trop d'occasions de découvrir ou de suivre, chez l'adulte, l'origine ou les conséquences de la syphilis infantile.

Nommons, pour l'écarter aussitôt de la question, le chancre mou, qui n'a rien à voir ni avec la syphilis ni avec son traitement. Le danger, de ce côté, est dans l'état cachectique, dans la déchéance vitale du sujet, qui peuvent transformer le chancre mou en chancre phagédénique. Le mercure, inutile d'ailleurs, pourrait coutribuer à augmenter ce danger ; aussi le traitement du chancre mou, reconstituant à l'intérieur, doit-il se borner extérieurement à un pansement antiseptique.

Au contraire, le chancre induré nous porte en plein au cœur de notre sujet. Là où il y a chancre induré, la syphilis est indubitable et le mercure est indiqué. Quand et pour combien de temps ? Telle est la question qui se pose. Tôt, longtemps, et, sous certaines réserves, presque toujours. Voilà ma réponse.

Quelquefois on dit : attendons les accidents secondaires pour donner le mercure, sans réfléchir que le chancre induré lui-même est le premier des accidents secondaires. Ainsi, aussi-

tôt que le chancre induré est diagnostiqué, comme je suppose que vous savez tous le faire, donnez le mercure. Mais sous quelle forme ? Sous forme de protoiodure, les pilules de Ricord :

Protoiodure de mercure.... }	āā 5 centigrammes.
Thridace................. }	
Extrait thébaïque.........	1/2 centigramme.

La dose de 5 centigrammes de médicament actif n'est pas fatale. Elle peut être élevée ou abaissée, suivant l'âge le sexe et la susceptibilité des sujets.

Dernièrement, une dame m'amène, par acquit de conscience, dit-elle, trois jeunes enfants pour s'assurer que leur santé ne laisse rien à désirer. J'examinai les enfants qui, en effet, n'avaient rien. On les fait se retirer et la vraie consultation commence, le point important, suivant l'usage féminin, ayant été gardé pour le *post-scriptum.*

Cette dame me montra, sur son bras et sur sa jambe, des taches cuivrées, disposées en groupe circulaire, qui paraissaient être des syphilides. J'eus alors recours à un interrogatoire que rien ne m'empêcherait de qualifier d'habile, car il atteignit, au moins indirectement, son effet. Cette dame nia tout le temps, mais nia si bien et fit tant pour m'égarer qu'il me fut évident qu'elle mentait. J'examinai alors le fond de sa gorge et y trouvai des preuves indiscutables de syphilis. Je commençai le traitement par 5 centigrammes par jour, une seule pilule de Ricord ; mais je fus obligé bientôt, contrairement à ce qui se passe habituellement pour l'homme, de diminuer la dose de moitié. Une stomatite m'imposa cette réduction, contre laquelle il ne faudra pas vous obstiner quand elle sera évidemment nécessaire. 2 centigrammes 1/2, 2 centigrammes, 1 centigramme même pourront suffire, si le malade ne peut pas en supporter davantage ; car il n'est pas rare qu'on se heurte dès le début à une intolérance presque absolue, surtout si l'on ne sait pas user des correctifs.

Le correctif le plus important est des plus simples. Recommandez au malade de se laver la bouche trois ou quatre fois, cinq fois par jour au besoin, et de ne jamais manquer de le

faire immédiatement après les repas. Autrement, il s'accumule entre les dents des détritus alimentaires salés, dont le chlorure de sodium forme, par double décomposition avec le protoiodure de mercure, des chlorures hydrargyriques susceptibles de produire la salivation et l'état fongueux des gencives. Par suite de la même précaution, il faut que le malade qui prend des pilules de protoiodure s'abstienne d'aliments trop salés, de jambon, etc. La plupart des hommes adultes peuvent, sous ces réserves, prendre par jour deux pilules de Ricord, c'est-à-dire 10 centigrammes de protoiodure.

Autrefois, on disait que la pilule devait être prise cinq heures après le repas, en exagérant la crainte de la transformation du sel de mercure en présence de certains aliments dans l'estomac. Je suis d'avis, au contraire, qu'il importe de prendre la pilule au commencement d'un repas, duquel on aura eu d'ailleurs le soin de bannir les aliments capables de produire les effets incriminés ; en effet, ce danger étant écarté, rien n'est plus favorable à l'absorption que l'état de la muqueuse stomacale pendant et immédiatement après l'ingestion des aliments, à condition que vous administriez des pilules récemment faites et non des produits durs, desséchés, ce qui n'arrive que trop souvent. Autrement, ces pilules passeront à peu près comme des corps inertes, sans être absorbées ; ou même elles irriteront le tube intestinal et contribueront à entretenir ces diarrhées qui entravent trop souvent un traitement mercuriel, et auxquelles la pilule elle-même, si elle eût été digérée, était destinée à apporter un remède avec son demi-centigramme d'extrait thébaïque, introduit dans la formule par le génie thérapeutique de Ricord.

Je suppose que, comme il arrive le plus communément, le protoiodure a été supporté à la dose de 5 à 10 centigrammes par pilule, ou que vous avez réduit cette dose de manière à la faire tolérer. Comment constaterez-vous son efficacité? Jusques à quand en continuerez-vous l'administration ?

L'examen total du corps du malade peut sans doute vous guider, mais il est difficile, même chez un malade qui s'y

soumet régulièrement, de faire quotidiennement cet examen, d'une manière complète, pour tout le corps ; aussi je vous engage à faire choix d'une seule région qui vous servira de point de repère. Suivez sur cette zone d'élection les effets du médicament et, en supposant que ces effets vous paraissent en avoir démontré l'efficacité, continuez encore pendant plusieurs semaines ; suspendez, puis reprenez systématiquement l'administration de la préparation mercurielle, non seulement à la moindre menace d'une poussée nouvelle, mais en dehors de toute menace ; car ordinairement, il faut l'avouer, en dépit de la médication la mieux conçue, la mieux tolérée, la plus efficace, la syphilis continue son évolution. Ainsi, on voit apparaître des croûtes sur le cuir chevelu ; les cheveux tombent, des plaques muqueuses se montrent ; il faut songer alors à une autre application de la médication hydrargyrique, beaucoup plus énergique, la friction sous les aisselles, aux aines, sous les jarrets, avec l'onguent napolitain (pommade mercurielle double). Plus la pommade est vieille mieux cela vaut, parce que l'irritation du tégument externe qu'elle amène, dans ce cas, ouvre une porte nouvelle au médicament et qu'il se forme avec les acides gras, des sels mercuriels dont l'expérience prouve l'activité toute particulière.

Il faut compter, il est vrai, avec la salivation qui se montre beaucoup plus souvent dans l'emploi des frictions que dans l'administration du protoiodure. Lors donc que l'intolérance absolue du tube digestif d'un malade pour les préparations mercurielles ou l'apparition de nouveaux accidents que le protoiodure semble impuissant à combattre, vous aura déterminés à employer les frictions d'onguent napolitain ; au cas où la salivation se montrerait abondante et tenace, n'en soyez pas troublés et continuez les frictions, en combattant la salivation par le chlorate de potasse à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes au milieu de chaque grand repas. Dans les cas exceptionnels où le chlorate de potasse manquerait son but, et où vous seriez obligés de renoncer aux frictions, il vous resterait une dernière ressource thérapeutique, préconisée de

notre temps, les injections de peptonate, d'albuminate de mercure. Je n'ai eu, pour ma part, jamais l'occasion d'y recourir et je me borne à les mentionner, n'ayant pas à vous fournir de documents personnels sur leur valeur.

Les moyens que je viens de passer en revue suffiront à toutes les éventualités de la période des accidents secondaires, si vous y joignez les applications topiques de sous-nitrate de mercure pour le traitement des plaques muqueuses. Ces applications devront être faites avec des précautions, simples mais indispensables, quand il faudra les pratiquer sur des plaques muqueuses de l'arrière-gorge. Elles devront se borner à l'attouchement des parties lésées avec le magma de combustion d'un morceau de bois blanc trempé dans le nitrate acide de mercure et égoutté ensuite avec un soin scrupuleux.

Le traitement des accidents secondaires de la syphilis ou d'une poussée nouvelle de la syphilis, à quelque moment que ce soit de son évolution, ne sera pas complet si vous n'arrivez pas à convaincre votre malade de la valeur de certains préceptes hygiéniques, accessoires en apparence, mais dont l'inexécution entraînerait la ruine de tout le traitement.

D'abord, votre malade doit observer le repos. Gardez-vous de donner au mot de repos le sens banal qu'on est trop porté à lui attribuer. J'entends par repos non pas seulement la cessation du travail, mais le repos complet, à l'abri du bruit, de l'agitation extérieure, à la campagne, s'il est possible.

Cette prescription, qui semble un peu sévère, s'applique surtout aux cas rebelles, intenses, dans lesquels le malade est tourmenté par une fièvre manifeste, capable, si on ne l'entrave pas, d'amener la prompte déchéance de l'organisme ; mais songez-y bien, quelque chose de cette sévérité doit subsister, même pour les cas ordinaires, car la fièvre, à un degré moindre, il est vrai, n'est jamais absente des poussées d'une syphilis active, alors même qu'elles n'ont pas la gravité que nous venons de supposer.

Insistez donc pour que votre malade se repose à la campagne si cela est possible, ou au moins dans les villes de pro-

vince, qui sont moins contre-indiquées. J'entends dire, par exemple, et je suis tout porté à le croire, pour ne citer qu'une observation, qu'à Clermont-Ferrand, le malade, en traitement d'une syphilis active, n'est pas obligé de suspendre ses occupations et qu'il peut mettre des intervalles de six ou huit mois entre les diverses reprises de son traitement.

Tous les malades feront donc bien de se rapprocher, dans des limites raisonnables, du repos absolu, à la campagne. Il est bien entendu qu'ils éviteront en même temps les excès de toute nature, les aliments excitants, les boissons alcooliques, les influences dépressives et débilitantes, le froid, les intempéries des saisons.

A quel moment convient-il d'ajouter l'iodure de potassium au traitement? Ce moment est déterminé par l'apparition d'accidents tertiaires ou secondo-tertiaires d'une nature grave et ne peut être fixé arbitrairement. Il dépend du degré de réceptivité du sujet pour la syphilis, de son état général, car une syphilis récente peut être assez vieille d'emblée pour réclamer de bonne heure la médication mixte, laquelle réussit souvent dans des cas où la médication mercurielle seule aurait échoué et où l'iodure de potassium seul eût été plus impuissant encore.

Lorsqu'il se présente par exemple des ulcérations rebelles du pharynx, de la voûte palatine, de la cloison du nez, il faut avoir recours au sirop de Gibert, que l'on peut considérer comme le remède spécifique de ces accidents, rebelles à toute espèce de traitement.

Je me souviens, à ce propos, d'avoir rencontré, pendant le siège, un éminent confrère, enlevé depuis par une mort prématurée, sans que le souvenir de ses connaissances multiples, de ses talents, de sa loyale et aimable personnalité ait fait autre chose que grandir chaque jour. J'ai nommé Maurice Raynaud. Un des charmes de notre ami était le souci permanent qu'il avait de ses malades et, le jour de notre rencontre, ce souci prenait le dessus même sur les graves préoccupations du moment. J'ai, dit-il, un client qui m'inquiète beaucoup.

Atteint d'ulcérations syphilitiques de la voûte palatine, il voit chaque jour ces ulcérations grandir, empiéter sur le voile du palais, le pharynx, la cloison du nez, en dépit d'un traitement dont l'iodure de potassium fait surtout les frais. Je lui remis en mémoire le sirop de Gibert dont il avait vu bien des fois des effets, mais qu'il avait pour ainsi dire oublié. Il m'apprit plus tard, qu'à sa grande satisfaction, le malade avait promptement guéri de ses ulcérations, grâce à ce médicament.

J'ai vu la médication mixte remporter de pareils succès sur des accidents syphilitiques d'un autre genre et d'une origine si ancienne qu'on ne pouvait y croire. Il s'agissait d'ulcérations profondes, nummulaires, indolentes, et qui semblaient s'être creusées par un travail long et mystérieux, comme celui des termites dans un bois de charpente, chez une dame de haut parage que son rang, non moins que son âge (au moins 75 ans), semblaient protéger contre toute suspicion de syphilis. Cette dame était soignée par mon regretté maître Bouley, un des médecins des plus instruits et des plus distingués que j'aie jamais connus. Tous les moyens d'usage : la compression, les bandelettes de diachylum et de Vigo, le régime réconfortant avaient échoué contre ces ulcérations, dans lesquelles Bazin, appelé en consultation, avait cru voir des arthritides et prescrit les alcalins, d'ailleurs sans aucun résultat. Les choses en étaient là lorsque Cruveilhier vint à la rescousse et, s'isolant de toute considération étrangère à l'anatomie pathologique, attira l'attention de ses confrères sur les caractères intrinsèques de l'ulcération, sur ses bords élevés et indurés au pourtour, sur son fond en quelque sorte vermoulu. L'ulcération disait « syphilis ancienne » et ce langage fut écouté en dépit de toutes les opinions contradictoires. Un traitement où le mercure combinait son action avec l'iodure de potassium fut appliqué et la malade guérit rapidement.

La médication mixte peut donc avoir raison des réapparitions d'une syphilis très ancienne, mais elle a, surtout sous la forme représentée par le sirop de Gibert, une valeur spécifique pour les accidents secondo-tertiaires d'une gravité pré-

maturée, en particulier pour les ulcérations de l'arrière-gorge et de la cloison du nez. C'est donc, à tout moment, une arme puissante contre les syphilides graves. Elle me paraît suffire aux éventualités les plus redoutables d'un traitement qui doit entourer le malade pendant toute sa vie d'une surveillance active, toujours prête à passer du pied de paix au pied de guerre.

Vous avez vu qu'en général je me suis montré opposé à l'introduction hâtive de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis des adultes. Ce médicament, d'ailleurs presque impuissant par lui-même quand il est donné hors de propos, peut aussi devenir la cause d'une excitation générale qui a de graves inconvénients. Toutes les fois, pour ma part, qu'il m'est arrivé de donner l'iodure de potassium au cours d'une syphilis secondaire, j'ai eu à m'en repentir, à moins toutefois que la nature et la gravité des accidents ne m'aient paru réclamer l'emploi du traitement mixte dont j'ai toujours alors obtenu de bons effets.

En dehors même de la période des accidents secondaires, il me semble impossible de fixer un moment dans lequel, la période des accidents tertiaires étant supposée ouverte, il y aurait lieu d'abandonner entièrement la médication mercurielle pour avoir recours exclusivement à l'iodure de potassium. Pour un malade, blanchi suffisamment par le mercure, quand la période des accidents tertiaires est virtuellement commencée, c'est-à-dire pourrait commencer, mais ne se manifeste, en réalité, par aucun symptôme, il sera utile de prendre l'iodure de potassium seul, et c'est une des précautions quasi-hygiéniques qu'un malade réputé guéri fera bien de prendre au cas où il se déciderait à affronter les chances du mariage, mais dans le cas d'une poussée active de la syphilis, quel que soit son âge, il faudra faire précéder l'administration de l'iodure d'un retour au traitement mercuriel et, dans le cas de syphilides graves, c'est au sirop de Gibert ou à un traitement mixte analogue qu'il faudra avoir recours.

Tel est, en somme, le traitement de la syphilis des adultes.

Ce traitement, bien conduit, vous donnera de nombreuses guérisons que vous ferez bien de soumettre à la pierre de touche des eaux sulfureuses ou chlorurées-sodiques et de n'accepter, en fin de compte, que sous bénéficé d'inventaire quand votre client vous demandera votre avis sur la question des risques que court sa progéniture ou même son conjoint en cas de mariage. Voyons maintenant comment nous devons modifier ce traitement pour l'appliquer à l'enfance.

Il y a une considération qui domine toute la question et l'éclaire en même temps d'une vive lumière : c'est celle qu'offre à l'observateur la marche de la syphilis congénitale. C'est une affection dont les coups sont si rapides et si sûrs qu'elle tue souvent l'enfant dans le sein de sa mère et évolue ordinairement vers une issue fatale en quelques mois, à partir de la troisième semaine après la naissance. Il faut que la défense soit aussi prompte que l'attaque. Aussi, pas de temporisation dans le traitement de la syphilis infantile. Le mercure doit être, dès l'apparition des premiers symptômes, administré *intus et extra*, et la médication mixte, qui chez l'adulte, loin d'être appliquée de bonne heure, doit être réservée pour les accidents profonds, tenaces, ordinairement éloignés du début de la maladie, est imposée au praticien dès les premiers temps. C'est à cette conduite résolue, à bon escient, que nous devons de nombreuses cures de la syphilis congénitale équivalant à la guérison, et dont j'ai eu aujourd'hui la satisfaction de vous montrer un bel exemple.

Ainsi, aussitôt qu'apparaîtront en groupe suffisant chez un enfant les symptômes que je vous ai appris à reconnaître ; quand un enfant né à terme ou à peu près, quelquefois après plusieurs avortements de la mère, vous présentera, peu de temps après sa naissance, entre l'âge de 15 jours et celui de 6 mois (quelquefois plus tard dans les cas de syphilis retardée) du coryza, de la roséole, le boursouflement d'abord, puis les ulcérations, les plaques muqueuses du bord de l'anus, l'aspect caractéristique de la lèvre supérieure (en auvent), le front gris, les ulcérations du pourtour des lèvres,

les plaques muqueuses de la bouche, des amygdales et du pharynx, les éruptions polymorphes circulairement disposées de la peau, avec perte d'appétit, du sommeil, dépérissement et fièvre nocturne ; quand ces symptômes vous apparaîtront, je n'ai pas dit : tous en même temps, mais un certain nombre, en groupe suffisant, n'hésitez pas, donnez le mercure *larga manu*, en *frictions*, faites, deux fois par jour, avec gros comme un pois de pommade mercurielle (onguent napolitain) sous les aisselles, aux aines, aux jarrets, en changeant le lieu d'application de temps en temps. En *potion*, donnez suivant l'âge, X, XX, XXX gouttes de liqueur de Van Swieten, en quatre fois, dans du lait, en ayant soin de recommander qu'on ne fasse pas usage, pour l'administration du médicament, de vases ou de cuillers métalliques. La liqueur de Van Swieten est la préparation hydrargyrique par excellence pour le traitement interne de la syphilis infantile. Elle vous servira même en applications topiques contre les plaques muqueuses de la bouche et du pourtour de l'anus.

Les soins hygiéniques, si importants chez l'adulte, sont indispensables pour l'enfant, car, je ne crains pas de l'affirmer, une partie de la haute mortalité, qui caractérise l'affection syphilitique chez l'enfant, est due à une hygiène insuffisante. L'enfant syphilitique sera maintenu soigneusement dans un milieu à température élevée (20 à 22° cent.) pendant le jour, et, notez bien ceci, pendant la nuit. On renouvellera avec précaution l'air de la chambre, mais on n'exposera, dans aucun cas, cet enfant aux intempéries du dehors.

L'alimentation a naturellement l'importance la plus grande, mais ici s'établit un cas de déontologie médicale devant lequel il n'y a pas d'hésitation à conserver pour vous. Vous n'avez pas le droit de conseiller une autre nourrice que la mère. Si elle a du lait, traitez-la elle-même, en même temps que son enfant, et la médication produira des effets doubles, à la faveur d'un véhicule aussi approprié. Si elle n'a pas de lait, conseillez l'allaitement au pis de la chèvre, l'allaitement au biberon avec du lait d'une vache ou d'une chèvre, mais ne

prêtez pas les mains à une transaction coupable qui consisterait à augmenter les chances de vie de l'enfant en s'assurant le lait d'une nourrice mercenaire, fût-elle prévenue du risque qu'elle court (risque presque inévitable, comme vous savez), fût-elle payée en conséquence. Vous ne devez pas couvrir de votre autorité la conclusion d'un marché aussi immoral et encore moins vous en faire le négociateur, comme on vous le proposera, sans aucun doute, un jour ou l'autre. Fournier, qui a étudié tout particulièrement ce sujet, insiste avec raison sur cette recommandation. Rappelez-vous qu'un médecin n'a pas le droit de se constituer courtier d'un commerce que je qualifierais volontiers de *traite des blanches*, si je ne craignais de paraître chercher un jeu de mots, et, si vous êtes d'un tempérament auquel la pensée des rigueurs de la loi soit salutaire, songez que la responsabilité civile des conséquences d'un marché de ce genre vous incombe. Un médecin des environs de Paris, persuadé à tort de la non-contagiosité des plaques muqueuses, a été condamné à payer une pension viagère à une nourrice qu'il avait choisie pour son propre enfant et qui avait été contaminée.

Combien de temps faut-il continuer le traitement? Je suppose que l'enfant, comme il arrive le plus souvent, s'améliore promptement; sous l'influence de la médication mercurielle, les éruptions pâlissent, les syphilides disparaissent.

Continuez le traitement externe, faites toujours les frictions d'onguent napolitain, mais diminuez, sans le suspendre, le traitement interne; procédez par doses décroissantes XX, XV, X gouttes. La continuation du traitement, en effet, n'a d'autre contre-indication que son succès qui ne doit jamais être considéré comme définitif. Gardez-vous de rendre la main complètement ou trop tôt et surtout ne la rendez jamais devant les nombreuses objections de l'entourage. Est-ce que cela ne va pas affaiblir l'enfant? N'est-ce pas ce traitement qui est cause de son manque d'appétit, de son dérangement de corps? Je promets à votre fermeté les récompenses les plus douces et les plus imprévues. J'ai vu, pour ma part, se guérir, sous l'influence

du traitement mercuriel, une diarrhée intense et tenace attribuée au traitement et qui était due à la syphilis. Rien ne vous empêche, d'ailleurs, dans une présomption de ce genre, d'appuyer votre médication mercurielle en donnant le bismuth et même, comme je vous l'ai appris, la goutte, la demi-goutte, le quart de goutte de laudanum de Sydenham dans une potion. Que la diarrhée de l'enfant ne vous arrête donc pas. Si vous songez aux effets produits par la syphilis infantile sur le foie, à la polycholie intense qu'elle provoque, vous ne serez pas étonnés de rencontrer des diarrhées syphilitiques, aussi bien que d'autres accidents gastro-intestinaux, et vous serez non pas ébranlés, mais confirmés dans l'emploi du traitement mercuriel. J'ai vu, il n'y a pas longtemps, avec un autre de mes confrères, l'enfant d'un pharmacien, atteint d'un vomissement incessant au cours d'une syphilis infantile et guéri de ce vomissement par la liqueur de Van Swieten.

Mais enfin tout symptôme a disparu. N'y a-t-il pas lieu de suspendre le traitement mercuriel? Oui, sans doute, mais pour y revenir à la moindre alerte. Vous avez vu cet enfant que je vous ai présenté et qui est un beau spécimen de syphilis infantile congénitale heureusement traitée. Je n'ai pas fait parler la mère. Elle a raconté son histoire elle-même. Cet enfant, qu'elle ramène de temps en temps et qui a suspendu momentanément son traitement, a un peu de fièvre le soir, il ne s'alimente pas aussi bien que de coutume; il pousse des cris pendant la nuit. Qu'en concluez-vous? Peut-être pensez-vous qu'il s'agit d'un état pathologique étranger à la syphilis, que le retour au traitement mercuriel ne pourrait qu'aggraver. La mère sait bien que non. Elle vous l'a dit. Elle vient ici chercher ses *gouttes*, parce qu'elle a déjà passé par la même situation plusieurs fois et qu'elle a toujours vu les troubles de cette nature disparaître en peu de temps par le retour au traitement mercuriel. Les exemples de ce genre sont communs à notre consultation et vous arriverez vite sur ce point à une conviction absolue.

Après vous avoir préconisé l'usage des deux précédentes

préparations mercurielles (pommade et liqueur bichlorurée), ce serait le moment de faire entrer en ligne de compte les bains de sublimé dont bon nombre d'auteurs vantent les heureux effets. Je ne partage pas, il est vrai, cette opinion assez répandue, parce que mon expérience, sur ce point, est en contradiction formelle avec celle de bon nombre de syphiligraphes.

Les bains de sublimé m'ont bien paru utiles toutes les fois qu'il régnait sur la peau des manifestations plus ou moins ulcératives ou suintantes. L'agent mercuriel, agissant alors par son action locale aussi bien que par l'absorption générale, n'était pas indifférent. Un des faits de ma pratique civile ne m'a laissé aucun doute à cet égard. Dans le cas auquel je fais allusion, les bains de sublimé constituèrent toute la médication. Pour des raisons majeures, la pommade et la liqueur de Van Swieten furent repoussées par le père de l'enfant qui portait des signes caractéristiques d'une infection syphilitique de moyenne intensité. L'orifice des fosses nasales du petit malade était obstrué par des croûtes impétigineuses et les fesses, le pourtour de l'anus étaient le siège de plaques muqueuses, de rhagades, de fissures, d'ulcérations spéciales dont l'évolution lente, peu active, permettait néanmoins à l'économie de suivre un développement constant quoique médiocre. Un teint mat, le front gris, enfin les renseignements fournis par le père ne précisaient que trop la nature des accidents de l'enfant. Dans ces conditions les bains réussirent; on les continua pendant plus d'un an, à la dose de 10 grammes de sublimé par bain de cinq à dix minutes de durée, mais généralement les effets de ce traitement sont loin d'être aussi favorables. Les enfants ne profitent guère de la préparation hydrargyrique quand leur peau ne présente point un dépouillement d'épiderme, ou même des fissures qui sont une véritable porte d'introduction pour le médicament. Dans ce cas, les bains de sublimé, outre qu'ils sont inutiles, affaiblissent le nouveau-né sans aucun profit, en leur qualité de bains tièdes.

C'est donc en somme une médication qui ne saurait occuper

le premier rang; au titre auxiliaire elle peut être admise, mais, même à ce titre, elle doit être surveillée en raison des chances de refroidissement auxquelles elle expose de malheureux enfants déjà privés d'une portion de leur calorique naturel par leur état cachectique et qui ne sont que trop enclins à la débilité, à la déchéance rapide.

A défaut de liqueur de Van Swieten et de frictions mercurielles, le calomel pris à l'intérieur à la dose de 1 à 3 centigrammes répartis sur les vingt-quatre heures, pourra encore être utilement conseillé.

Indépendamment de ces moyens qui doivent être mis en œuvre aussitôt le diagnostic bien établi, il faut avoir recours à la médication mixte beaucoup plus tôt chez l'enfant que chez l'adulte, et cette médication sera appliquée sous la forme qui s'est révélée la plus puissante chez l'adulte, la forme de sirop de Gibert. L'important est de se décider par rapport à la dose sur laquelle beaucoup de praticiens n'ont pas des données certaines. Cette dose doit être d'une demi-cuillerée à café par vingt-quatre heures, prise dans un peu d'eau, immédiatement avant un aliment. Cette dose doit être continuée, suivant les besoins, un certain nombre de semaines ou de mois. Quand doit-elle être cessée définitivement? C'est un point sur lequel je ne puis me prononcer en général. J'ai, en effet, dans ma clientèle de ville des enfants guéris de la syphilis infantile, et arrivés à l'âge de 13, 14 ans. De temps à autre apparaît une éruption vésico-pustuleuse qui me semble suspecte et dont la médication spécifique triomphe promptement, ce qui prouve la longue durée de la puissance du virus syphilitique et la nécessité en pareil cas de connaître l'origine lointaine du mal. Ce qui le prouve bien aussi c'est que toutes les fois que, chez le même sujet, j'ai, pour instituer une sorte de contrôle, différé l'emploi de la médication spécifique, j'ai vu le mal continuer, s'étendre, tandis qu'il diminuait et disparaissait à la première reprise du traitement habituel.

En parlant des éruptions tardives de la syphilis congénitale, un fait instructif me revient à la mémoire. Il s'agit d'un en-

fant de 2 à 3 ans qui présentait une éruption ayant tous les caractères d'une varicelle, avec cette particularité qu'elle datait de plus d'une semaine, par poussées successives, et qu'elle était disséminée surtout sur les avant-bras et sur le membre inférieur. L'enfant était enchifrené, il avait un herpès nasal de nature douteuse qui me fit penser à la syphilis. Je fis part de ma supposition au médecin habituel de la famille qui m'avait appelé en consultation. On tergiversa pendant quelque temps encore et la médication mercurielle, mise à la fin en œuvre, obtint un succès complet. La disparition des accidents fut aussi prompte que leur évolution avait été lente.

Ne craignez donc pas, dès que la première période est passée, d'avoir recours à la médication spécifique la plus énergique, au sirop de Gibert, sans discontinuer les frictions, si lointaines que puissent paraître les manifestations initiales, si tardifs que puissent sembler les accidents et les lésions soumis à votre observation. Au cas où vous auriez affaire à des parents hostiles à cette médication, mettez votre sirop de Gibert dans un excipient quelconque et colorez votre pommade, mais instituez ce traitement avec vigueur et poursuivez-le avec constance. Des succès mérités remportés sur une maladie bien redoutable viendront justifier votre énergie. Hors de là, d'ailleurs, pas de salut.

Il faut que vous restiez ainsi armés et que les parents des petits syphilitiques, améliorés par vous, continuent à vous les montrer au moins tous les mois pendant bien longtemps, car parmi ceux qui survivent, les uns, quoique guéris, ont besoin d'être surveillés de près ; les autres n'ont échappé à une issue fatale immédiate que pour tomber dans le lymphatisme, la scrofule, les adénopathies, la sclérose cérébrale ; or, la connaissance que vous avez de leurs antécédents vous donnera un pouvoir exceptionnel pour modifier heureusement leur misérable état.

Cette compétence se manifestera souvent par le succès que vous obtiendrez avec des médicaments anti-syphilitiques sur

des affections rebelles à d'autres médications qui leur sont traditionnellement attribuées.

Vous verrez, par exemple, des affections scrofuleuses traitées inutilement par l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, etc., céder tout à coup à l'emploi d'un traitement mixte antisyphilitique. Les ulcérations tardives de la gorge et du nez, les abcès de la peau, les ganglions suppurés et tout ce cortège d'accidents propres à la syphilis infantile retardée que Ricord appelle des scrofulates de vérole recevront de ce traitement une impulsion inattendue vers la guérison ; vous verrez chez ces malades les glandes diminuer, les ulcères se cicatriser, le teint se colorer, la bouffissure s'aplanir, les chairs s'affermir, grâce à l'emploi du sirop de Gibert, dont le succès pourrait à lui seul confirmer le diagnostic d'une syphilis latente si le diagnostic était discuté.

Y a-t-il une affection plus répandue dans l'enfance et plus rebelle aux médications diverses que l'adénopathie bronchique ? Eh bien, j'ai vu le sirop de Gibert amener une guérison assez rapide chez un enfant en ville, atteint de cette affection contre laquelle l'iodure de potassium avait totalement échoué. Ce pauvre enfant était issu d'une mère phthisique et d'un père syphilitique.

Pour nous résumer : le traitement de la syphilis congénitale infantile a un point commun avec celui de la syphilis des adultes, l'emploi de la médication mercurielle *intus* et *extra ;* mais chez l'enfant les frictions doivent être, dès le début, associées au traitement interne et la liqueur de Van Swieten doit remplacer le protoiodure.

Le point le plus important de différenciation entre les deux traitements est l'emploi plus prompt, presque immédiat et plus prolongé du sirop de Gibert chez l'enfant.

En un mot, la caractéristique du traitement de la syphylis infantile est l'énergie, je dirais presque l'audace, justifiée par la marche exceptionnellement rapide du mal, par la gravité et l'étendue des lésions, légitimée aussi par la tolérance des enfants pour les préparations mercurielles, par l'absence chez

eux de salivation et par les réparations considérables qu'une action mesurée d'après l'importance des résultats à produire, peut opérer dans des organes encore en voie de formation.

TUBERCULOSE D'ADULTE CHEZ UN ENFANT DE 16 MOIS.

VASTE CAVERNE. — PERFORATION D'UNE GROSSE BRONCHE ET D'UNE BRANCHE IMPORTANTE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. — MORT PAR HÉMORRHAGIE PULMONAIRE.

Par le Dr Cadet de Gassicourt.

Il n'est pas nécessaire d'insister longuement auprès des lecteurs de cette Revue, pour leur faire saisir l'importance et la rareté du fait dont il s'agit. Ils connaissent aussi bien que moi la forme habituelle de la tuberculose pulmonaire infantile ; ils savent qu'au-dessous de 9 à 10 ans elle se montre presque toujours sous la forme broncho-pneumonique, et que, même dans les cas les plus exceptionnels, il faut que l'enfant ait atteint au moins 4 ans pour présenter les vastes cavernes du sommet qui sont si fréquentes chez l'adulte. Encore les observations de ce genre se comptent-elles.

Aussi, quelle n'a pas été ma surprise, en voyant un enfant de 16 mois succomber à une hémorrhagie pulmonaire, et présenter à l'autopsie les lésions les plus caractéristiques de la tuberculose chronique. Quoique ce fait ait été l'objet d'une communication à la Société médico-pratique, j'ai pensé qu'il devait avoir place dans notre Revue, où se trouvent tous les documents importants de la pathologie infantile.

Il s'agit d'un petit garçon de 16 mois, maigre, chétif, d'aspect souffreteux, dont les traits tirés, les yeux caves, la peau terreuse et collée aux os révèlent dès l'abord la profonde misère physiologique. Il a toujours été débile, et a été élevé au biberon.

Lors de l'entrée, l'auscultation révélait seulement l'existence

de râles nombreux plus ou moins fins, disséminés dans les deux poumons. Quelques jours plus tard, on trouvait une matité très marquée à droite, dans la ligne axillaire, se prolongeant un peu en avant, et accompagnée d'un souffle rude, à timbre éclatant au même niveau.

Cet état était stationnaire depuis quatre jours, lorsque, tout à coup, l'enfant rendit un plein crachoir de sang rouge, qui s'échappa par la bouche et par le nez. Une hémorrhagie semblable se reproduisit le lendemain. On ne pouvait douter de l'existence d'une perforation vasculaire importante. Et, en effet, le jour suivant, l'enfant succombait à 6 heures du matin, emporté par une hémorrhagie nouvelle, plus abondante encore que les deux autres.

L'autopsie donna les résultats suivants :

Tous les organes étaient pâles et exsangues. Les deux poumons adhéraient à la paroi costale. Dans le médiastin antérieur, au niveau de la première et de la deuxième pièce du sternum, se trouvait un gros paquet de ganglions tuberculeux caséeux et ramollis à leur centre. D'autres ganglions, moins volumineux, étaient situés dans le médiastin postérieur, près de la racine des bronches. Ils étaient également ramollis.

Les deux poumons étaient durs ; ils criaient sous le couteau, et présentaient tous les caractères de la broncho-pneumonie chronique tuberculeuse. De nombreux tubercules, les uns plus gros, les autres plus petits, y étaient disséminés. Le sommet du poumon droit était compact et envahi par la broncho-pneumonie chronique à l'état scléreux. Mais un peu plus bas, dans la partie antéro-inférieure du lobe moyen, on trouvait une caverne anfractueuse, du volume d'une grosse noix, remplie d'un caillot de sang rouge, qui se moulait sur ses anfractuosités.

L'origine de l'hémorrhagie pulmonaire était donc trouvée ; elle était due à l'effondrement d'une caverne intra-pulmonaire, comme on l'observe souvent chez l'adulte dans les tuberculoses chroniques. Il s'agissait maintenant d'arriver à déterminer exactement l'artère lésée et la bronche ouverte.

Or, au-dessus de cette caverne, et immédiatement en contact avec elle, passait une des branches de bifurcation les plus volumineuses de l'artère pulmonaire. A l'aide d'un stylet mousse, je trouvai une ouverture qui faisait communiquer directement l'artère avec la caverne ; elle était constituée par une perte de substance de la paroi artérielle du calibre d'une grosse plume d'oie; des débris de tuniques artérielles lui formaient une sorte de valvule incomplète.

La communication de l'artère avec la caverne une fois découverte, il s'agissait de trouver celle de la caverne avec la bronche. En promenant doucement l'extrémité du stylet dans les anfractuosités de la caverne, je ne tardai pas à rencontrer l'ouverture d'une bronche béante qui s'y abouchait directement ; cette ouverture était située immédiatement en arrière de la solution de continuité artérielle. La bronche ainsi ouverte était grosse comme une plume de corbeau, et ses parois très amincies en cet endroit.

Aucun doute n'était donc permis. J'avais sous les yeux le canal afférent, c'est-à-dire l'artère pulmonaire; le lac, c'est-à-dire la caverne; le canal efférent, c'est-à-dire la bronche, qui se déversait à son tour dans la trachée encore pleine de sang. Les étapes successives de cette hémorrhagie pulmonaire sont faciles à suivre, et le processus morbide est aisé à comprendre. Je n'y insiste pas.

J'ajoute seulement que le foie, les reins, la rate, le péritoine, etc., étaient criblés de tubercules à divers degrés de développement.

Tel est le fait que je désirais mettre sous les yeux de nos lecteurs. Il est intéressant, je pense, par sa rareté ; il l'est aussi par sa portée nosologique. Il nous montre que toutes les formes de tuberculose peuvent apparaître à tous les âges, et qu'un enfant de 16 mois a déjà eu le temps de devenir un vieux tuberleux. Mais il montre aussi que la loi de dissémination, si caractéristique de la tuberculose infantile, a manifesté son action même en cette occasion, même au milieu de ce processus d'une lenteur exceptionnelle. Car, tandis que la broncho-pneumonie

scléreuse, tandis que la caverne anfractueuse dont nous avons constaté l'existence nous prouvaient l'ancienneté de la maladie, les tubercules de différentes grosseurs qui criblaient les autres organes nous faisaient voir que la tuberculose, après avoir agi localement, s'était enfin décidée à suivre son évolution ordinaire et à se généraliser.

UNE FAMILLE DE SYPHILITIQUES.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur GRANCHER, *à l'hôpital des Enfants-Malades.*

Par M. A. Raoult, interne provisoire des hôpitaux.

Les observations de syphilis héréditaire ne sont plus actuellement une rareté; et c'est presque couramment, on peut le dire, que dans les services des maladies d'enfants et dans ceux de Saint-Louis, il nous est donné de voir cette affection. Mais il est toutefois assez peu fréquent dans la clientèle hospitalière de rencontrer toute une famille entachée de syphilis, avec toutes les tares diverses qu'apporte cette maladie constitutionnelle. Aussi avons-nous cru intéressant d'exposer ici tous les symptômes que nous avons observés sur un groupe d'individus, composés de parents et de sept enfants.

Cette observation a fait la base d'une leçon de M. le professeur Grancher (1), dans le service duquel nous avons recueilli tous les faits qui vont suivre.

Le 22 mars 1886, entrait dans le service de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants, un garçon de 10 ans et demi, le nommé L. W..., qui fut couché au n° 4 de la salle Saint-Thomas. Cet enfant était amené par sa mère, qui donna les renseignements suivants à l'externe de service chargé de la partie de la salle où était placé l'enfant. Le père de ce dernier est âgé de 46 ans, il est bien portant, disait la mère, et elle-même, âgée de 43 ans, n'a jamais eu aucune

---

(1) Clinique du 3 avril 1886.

maladie sérieuse; et suivant son expression elle est *complètement saine.*

Elle a eu neuf enfants en treize ans, un seul est mort en naissant, et les autres sont bien portants, ajouta-t-elle, forts, bien constitués, et n'ont jamais eu une heure de maladie. Nous verrons plus loin, combien il fallait s'en rapporter aux renseignements de cette femme fière de ses enfants, et ne pouvant admettre un seul instant la possibilité d'une tare héréditaire dans sa famille.

Notre malade est le cinquième de cette famille; il a été élevé au sein par sa mère. Il n'a jamais eu ni convulsions, ni gourme; aucune fièvre éruptive, bref aucune maladie antérieure à celle pour laquelle il se présente à nous.

C'est il y a environ dix-huit mois, qu'apparurent sur ses mains, puis six mois après sur la cuisse gauche, des ulcérations qui avaient les mêmes caractères que celle existant actuellement sur la jambe droite. Cette ulcération s'est développée depuis six mois, elle présentait les caractères suivants: Située à la face interne de la jambe droite, vers la partie moyenne, allongée transversalement, elle était, à l'entrée du malade, recouverte d'une croûte épaisse brun verdâtre, irrégulière, sous laquelle existait un pus sanieux qu'on pouvait faire sourdre par gouttelettes au niveau des bords, en appuyant au-dessus. Cette croûte ovale, avons-nous dit, était plus grande qu'une pièce de cinq francs. Tout autour existait une zone rouge. Après l'application d'un cataplasme, la croûte tomba et laissa à découvert une ulcération grisâtre, à contours arrondis, à bords indurés, taillés à pic. Au-dessus étaient de petites pustules grisâtres du diamètre d'une lentille, dont quelques-unes étaient recouvertes par une croûte dure, volumineuse; deux autres existaient à la partie postérieure du talon droit, et au talon gauche. Tous ces éléments étaient entourés d'une auréole rouge violacée, comme la grande ulcération. Sur le genou droit on observait une plaque rouge revêtue d'une croûtelle brune, et entourée de squames légères. Tels étaient les éléments ulcéreux que présentait cet enfant.

Mais en outre on trouve sur tout le corps des cicatrices qui ont succédé à des ulcérations semblables aux précédentes. A la face externe de la cuisse et de la jambe droite sont des cicatrices blanches arrondies ou ovalaires, à fond lisse, uni, à bords plissés, légèrement gaufrés. A la face antérieure de la cuisse gauche est une large cicatrice arrondie, à bords un peu festonnés, polycycliques; elle a environ

le diamètre d'une pièce de cinq francs. Son fond est lisse, violacé, offrant en un point une induration cicatricielle froncée; tout autour enfin est un halo pigmenté de teinte bistre. Sur le même membre on voit à la face externe de petites cicatrices, présentant les mêmes caractères que celles du membre inférieur droit. Au niveau de la malléole externe du côté gauche, on voit encore une cicatrice rouge, vestige d'une ulcération guérie seulement depuis quinze jours.

A la face dorsale des mains et des poignets, les mêmes cicatrices que plus haut s'offrent à notre examen, avec les mêmes caractères. On ne trouve enfin aucune cicatrice fessière.

Tous ces éléments ont suivi une marche semblable. Pustuleux d'abord, ils se sont ulcérés, et la guérison de l'ulcération laisse une cicatrice arrondie, à fond lisse, à bords finement plissés; les unes pigmentées, les autres gardant la teinte de la peau environnante.

En présence de ces lésions, nous n'hésitâmes pas un seul instant à admettre la syphilis; les ulcérations croûteuses, les cicatrices nous indiquaient assez la nature de la lésion. M. Grancher nous chargea alors de rechercher si la diathèse dont notre malade était entaché était bien d'origine héréditaire, et l'examen des autres enfants nous apporta, comme nous le verrons, la conviction qui était déjà presque faite en raison des autres lésions que présente notre malade. En effet, ce dernier est atteint de strabisme. La dentition, quoique bien conformée, en général, présente une canine inférieure, celle de gauche, à pointe cassée. Le nez est aplati, comme écrasé à la racine. Le front est bas, étroit.

Toutefois, le crâne n'est pas déformé; mais sur le cuir chevelu on observe des cicatrices blanches, arrondies, lisses, produisant une alopécie avec des *clairières;* du reste, c'est un garçon bien développé, bien musclé; ses tibias sont très légèrement incurvés en dedans, et leur crête est un peu plus saillante que normalement; mais ce signe est peu accusé et ne peut fournir de preuve suffisante pour établir le diagnostic.

Le 28 avril, la famille presque entière vint visiter notre malade et nous profitâmes de l'occasion pour l'examiner; elle revint du reste quelques jours après, fut examinée par M. Gran-

cher et par M. Gaucher, qui contrôlèrent les faits que nous observâmes et que nous allons relater.

Nous avons déjà vu que les enfants avaient été au nombre de *huit :*

1° L'aînée fut la seule que nous n'avons pu voir, parce qu'elle travaille hors de chez elle. Elle a 15 ans 1/2, elle est bien portante, dit la mère, mais on sait combien peu il faut s'en rapporter au dire de celle-ci. Toutefois, d'après l'examen du second enfant, il y a tout lieu de supposer que cette enfant est saine ;

2° Le second, W,.., a 14 ans 1/2. C'est un fort garçon, bien constitué, sans aucune lésion ni des yeux, ni des oreilles, aucune cicatrice aux fesses. Sa dentition est magnifique ; seules ses deux incisives médianes supérieures présentent à la partie interne une petite échancrure symétrique, qu'on aurait pu prendre pour une lésion de développement, mais qui est certainement due à un traumatisme, dont se souvient, du reste, parfaitement l'enfant, et dont il raconte très bien les détails ;

3° La troisième, E..., âgée de 12 ans, a un staphylôme de la cornée de l'œil droit, avec cicatrice d'une perforation ancienne de la cornée. Ses dents sont bonnes. On observe sur elle de nombreuses cicatrices qui ont succédé, dit la mère, à une poussée d'ulcérations qu'elle a prise pour la variole. Ces ulcérations laissaient couler un pus abondant « sentant mauvais. » Toujours est-il qu'actuellement on voit à la naissance des cheveux de nombreuses plaques cicatricielles polycycliques, très lisses. D'autres cicatrices blanches, arrondies, à fond lisse, à bords plissés, existent en dehors de la commissure palpébrale de l'œil droit, au côté droit du cou, sur la fesse gauche. Le front est bombé, a cet aspect que M. Fournier décrit sous le nom de *front olympien.* Aucune autre déformation du crâne ;

4° Le quatrième enfant est mort en naissant ;

5° Le cinquième est notre malade ;

6° La sixième, Ed..., est âgée de 9 ans. Elle ne présente que des lésions dentaires, mais celles-ci sont très nettes, typiques. *Les incisives médianes supérieures* sont légèrement inclinées,

convergentes. Leur bord libre présente quatre saillies séparées par des crénelures; les deux saillies médianes sont très petites, très aiguës. Le tiers inférieur de la dent est noir, aminci, cette portion est limitée par une courbe à concavité inférieure, terminée de chaque côté par deux petites courbes concaves en haut. En outre, la partie moyenne des dents est plus large que les extrémités. Il semble que si la partie inférieure avait cédé, il resterait une dent offrant un bord concave, présentant donc tous les caractères de la dent d'Hutchinson. C'est, du reste, le processus que suit la dent pour arriver à ce type décrit par l'auteur anglais.

Les incisives supérieures ont un bord crénelé, formé d'une pointe fine médiane, entouré de deux masses plus larges, formant une sorte de plateau au-dessous de la première. La *canine supérieure* gauche n'a pas de pointe; les premières molaires ont de petites pointes aiguës reposant sur un plateau dont elles sont séparées par un sillon ; c'est là un fait qu'a souvent signalé M. Fournier.

7° La septième, L..., a 6 ans et demi. — Ses incisives inférieures sont semblables à celles de sa sœur. Les supérieures sont tombées ou cariées. Les canines sont petites, sans pointes. Sur l'œil gauche, on aperçoit des traces d'une kératite ancienne. Enfin, signe important, dans le pli fessier gauche, on voit une papule rouge, allongée, du diamètre d'une pièce de 1 franc, couverte de squames. Sur la fesse gauche est une petite papule, et au-dessus du sillon interfessier, au niveau de la fossette coccygienne, est une cicatrice lisse, à bords plissés.

8° Le huitième, A..., âgé de 4 ans et demi, présente : une érosion croûtelleuse grisâtre au niveau de la commissure labiale gauche et une autre semblable circonscrivant le sillon naso-labial droit; cette dernière est rouge et entourée d'une papule. En outre, on observe sur cette enfant une cicatrice déprimée à la naissance du nez, et une papule crustacée sur le dos de la main droite. Le bord des dents est irrégulier. Sur

la fesse gauche est une cicatrice rougeâtre ; une autre plus petite existe sur la fesse droite.

9° Le neuvième, G..., a dix-huit mois. Il ne présente aucune cicatrice, mais cet enfant est rachitique ; ses jambes sont incurvées en dedans et leur crête est saillante.

Tous les enfants que nous avons observés, sauf W..., le second, ont le nez aplati, comme écrasé à la racine.

Après l'étude de tous ces faits, aucun doute n'était plus permis, et on se trouvait donc bien en présence d'une famille de syphilitiques héréditaires. Restaient l'interrogatoire et l'examen des parents, qui ne s'y prêtèrent pas de très bonne grâce, surtout la mère. Tous deux, pris séparément, protestèrent pour chacun d'eux et pour l'autre de leur bonne santé, et nièrent tout antécédent syphilitique. Nous parvînmes cependant à examiner les bras et les jambes du père, sur lesquels nous aperçumes les mêmes cicatrices blanches, lisses que nous avons décrites plus haut chez les enfants. Il les attribuait à des traumatismes ou des brûlures. La mère refusa de se prêter à tout examen ; mais, en la considérant, nous observâmes que : la racine du nez était aplatie chez elle comme chez les enfants, qu'elle présentait deux cicatrices au niveau du cou, dont une allongée, rougeâtre à la région sus-hyoïdienne, vestiges d'un abcès ayant existé en ce point il y a trois ans. Enfin aux commissures labiales sont des cicatrices blanchâtres.

Dès lors, la preuve de l'hérédité syphilitique existait. Et le traitement de notre malade par le taffetas de Vigo sur la plaie et le sirop de Gibert à l'intérieur améliora en peu de jours l'ulcération qui, actuellement, est cicatrisée.

Nous pouvons conclure que la syphilis a été contractée par les parents ou plutôt par la mère entre le deuxième et le troisième enfant.

Quelques points nous semblent intéressants à noter dans ce long exposé : c'est, d'une part, le bon aspect, la constitution solide de ces enfants syphilitiques, qui ont résisté à la vérole héréditaire ; en second lieu, l'apparition tardive des phénomènes diathésiques cutanés ; enfin, la manière différente dont

l'affection frappe ces enfants : chez les premiers, ce sont des ulcérations, c'est une mort à la naissance, ce sont des troubles de la dentition, chez les deux avant-derniers ce ne sont que des papules, et chez le dernier ce sont des lésions rachitiques seules.

DU TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES
PAR LE PANSEMENT SCOTT

Par le Dr A.-F. Suchard,
Ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hôpital de Lavey-les-Bains.

(Suite et fin) (1).

II.— *Compression.*—La compression a été employée de tout temps dans le traitement des tumeurs blanches : Hippocrate et Galien s'en servaient déjà dans les engorgements peu douloureux et froids des articulations ; Jean de Vigo préconisait la bande roulée dans les mêmes affections et on peut lire les paroles suivantes dans Ambroise Paré, à propos de la tumeur des genouils engendrée d'une pituite glaireuse : « Avec une « ligature sera lié le dit genouil assez fort sans toutefois cau- « ser douleur. La dite ligature a vertu de rejoindre les parties « distendues par l'humeur qui aura diflué (2). »

Les succès de la compression se comprennent facilement ; elle exprime les liquides, ralentit la circulation, produit même une certaine sédation sur le système nerveux, ainsi que Bretonneau l'a prouvé à propos des brûlures, et, comme le dit le « professeur Panas : « Elle a une influence heureuse sur l'or- « ganisation du tissu fongueux qu'elle fait passer à l'état d'é- « lément lardacé d'abord, celluleux ensuite (3). »

« La compression a été vantée par tous les chirurgiens qui

---

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* avril et mai 1886.

(2) *Œuvres complètes d'Ambroise Paré,* édit. Malgaigne, 1840, t. I, p. 423.

(3) Panas. *Dict. de méd. et chir. prat.,* t. III, art. Articulations.

« l'ont employée, ce qui prouve sans réplique son efficacité, » dit M. Richet dans son Mémoire sur les tumeurs blanches déjà cité. Le professeur Richet est, à notre connaissance, le premier clinicien qui ait étudié l'état des os, des cartilages, des synoviales, des vaisseaux dans les tumeurs blanches ainsi que dans les inflammations des articulations produites artificiellement ; c'est pourquoi ce qu'il écrit sur la compression a pour nous une grande valeur : « Quelle que soit, dit-il plus loin « dans le même travail, la variété des tumeurs blanches dans « lesquelles on emploie la compression, elle me paraît agir sur- « tout en privant les parties profondes d'une notable portion « des éléments nutritifs qui y abondent et y entretiennent « l'activité morbide. Nous avons vu, en effet, au chapitre de « l'anatomie pathologique, que les vaisseaux péri-articulaires « devenaient plus volumineux, que leurs troncs se gonflaient « par la pénétration d'une plus grande quantité de sang, attiré « par le travail qui se produit dans la jointure. Ce réseau d'ar- « tères et de veines dans les articulations superficielles comme « le genou, le coude, le poignet, se trouve compris entre des « téguments très minces et des plans osseux sur lesquels il est « facile de les aplatir. »

La compression peut être appliquée de plusieurs manières :

1° Par les bandes roulées.

Ces bandes peuvent être de toile et appliquées par la méthode classique, c'est-à-dire en commençant par l'extrémité du membre et en exerçant une pression égale ; les bandes de flanelle sont préférables, procurant une compression plus douce ; celles de caoutchouc paraîtraient convenir, mais la pratique a prouvé que les malades les supportent difficilement à cause de la macération de la peau qu'elles produisent par l'espèce de bain de vapeur dans lequel elles maintiennent la portion du membre qu'elles enveloppent; elles sont, en outre, dangereuses parce que la nature de leur tissu, dont l'élasticité varie suivant la température, ne permet pas de se rendre compte du

degré de constriction qu'on exerce. Toutes ces bandes roulées ont l'inconvénient d'exercer une pression trop uniforme et de se maintenir difficilement en place.

2° Par les appareils ouatés, amidonnés, silicatés, dextrinés, plâtrés, dont nous avons déjà parlé à propos de l'immobilisation. Ils sont aussi compressifs et ils ont été employés par Seutin, Burggraeve, Nélaton et bien d'autres; ils exercent une compression égale et modérée sur tout l'article; mais ne permettent pas de serrer telle portion plus que telle autre, ni de localiser la pression plus spécialement sur certains points. Lorsqu'il y a suppuration, on est obligé d'y pratiquer des fenêtres et alors le but compressif n'est plus atteint.

3° Par les agglutinatifs.

Brodie (1) avait eu l'idée d'employer des bandes roulées et des compresses enduites de cérat de savon; Larey (2) de même avait fait usage de bandelettes de toile enduites de styrax liquide imbriquées avec soin les unes sur les autres.

Le chirurgien anglais Scott, s'inspirant probablement de la méthode de Baynton (3) pour le traitement des ulcères, se servit de bandelettes agglutinatives qui adhèrent plus intimement aux parties malades, en suivent le retrait et ne se durcissent pas. Il les adopta définitivement comme moyen de compression dans le pansement qui porte son nom et dont nous nous occupons.

Il eut des imitateurs : entre autres Mathias Mayor (4) qui, pour obéir à la simplification dont il avait fait une sorte de doctrine chirurgicale, n'employait plus que les bandelettes de diachylon seules, dont il superposait plusieurs couches à une distance de dix à quinze jours, à mesure qu'elles se relâchaient.

« Il est étonnant, écrit-il, de voir ce qu'on obtient par ce

(1) *Traité des maladies des articulations*, traduit de l'anglais par Léon Lemarchant. Paris, 1819, p. 185.

(2) *Archives générales de médecine*, septembre 1837.

(3) *Baynton; descriptive account of a new method of treating ulceres*. London, 1797.

(4) M. Mayor. *Nouveau système de déligation chirurgicale*, p. 78.

« mode de déligation! que d'engorgements on réduit! que de « caries on guérit! que de douleurs on apaise et que de mem- « bres on conserve qui paraissaient voués à une perte cer- « taine! »

La méthode de compression de Scott fut connue et employée en Angleterre et en Belgique (voir *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1839); mais l'homme qui a fait de la compression par les bandelettes agglutinatives une étude tout à fait spéciale, reposant sur un grand nombre d'expériences prises pendant bien des années, est de Lavacherie(1).

Après une série d'essais de compression faite par de grandes bandes de toute espèce, par des guêtres lacées, par le bandage amidonné de Seutin qu'il trouve un appareil admirable s'il avait plus de souplesse, il s'était décidé pour les lanières d'emplâtre agglutinatif qu'il enroulait par bandes de deux à trois mètres de long en commençant par le milieu de l'articulation malade. « Je suis convaincu à présent, dit-il (p. 47), « que la compression, lorsqu'elle ne constitue pas un moyen « curatif, contribue néanmoins puissamment à enrayer le « mal et surtout à calmer les douleurs qui dans certaines « arthrocaces sont intolérables; il conclut ainsi:

« Les arthrocaces des parties dures et la carie de certains « os spongieux peuvent céder à la compression et guérir aussi « bien que les arthrocaces des parties molles et les ulcères « simples; la compression est le moyen le plus efficace soit « pour prévenir, soit pour arrêter la marche de la fièvre puru- « lente lente en empêchant l'air de pénétrer dans les cellules « osseuses, où son séjour prolongé donne au pus cette fétidité « extrême. »

On a reproché à la compression par les bandelettes agglutinatives:

1° *D'exercer une action irritante sur la peau.* Nous répondrons qu'en effet nous avons souvent remarqué de l'ir-

(1) Prof. De Lavacherie. *De la compression, contre les tumeurs blanches, des parties dures.* (*Annales de la Société de médecine de Gand,* 1839.)

ritation, une vraie cutite, quand le diachylon était appliqué directement sur la peau, mais que nous n'avons jamais constaté cet inconvénient quand le lint était interposé et dépassait la carapace de diachylon environ d'un centimètre sur chaque bord.

2° *De produire des eschares* au niveau des saillies osseuses, parce que, a-t-on dit très justement, *la compression est en raison inverse du carré du rayon de la partie sur laquelle appuie la bande* (1).

Nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais constaté d'eschares quoique nous ayons appliqué le pansement Scott bien des centaines de fois; de Lavacherie observa plusieurs eschares qui n'eurent d'autre inconvénient que celui de la cicatrice, mais il appliquait le diachylon directement sur la peau, tandis que nous interposons toujours le lint; puis la bande unique dont il faisait plusieurs circulaires risquait bien plus de faire une compression fâcheuse que des bandelettes imbriquées.

3° *D'être douloureuse.* En effet il peut y avoir deux sortes de douleurs; les unes surviennent immédiatement après l'application du pansement et celles-là à notre avis doivent être attribuées à l'opérateur, car la compression exige un certain art; il faut l'avoir faite quelquefois pour la bien faire et posséder de bonnes notions de chirurgie. Ceux qui veulent entreprendre la compression feront bien d'avoir présent à l'esprit ce que Velpeau a écrit à ce sujet:

« Nous devons avertir, dit-il, que la compression n'est pas « un moyen qu'il suffise de prescrire dans tel ou tel cas, qui « puisse être de la même utilité dans toutes les mains. C'est, « selon nous, l'une des plus puissantes ressources de la chi- « rurgie, un remède plus héroïque que les sangsues qu'il peut « remplacer dans les phlegmasies externes, lorsque la forme « de la partie permet de l'appliquer convenablement. Mais « pour cela il faut que l'homme de l'art n'oublie jamais que

(1) Brocq. *Traité des tumeurs blanches des articulations.* Bruxelles, 1853.

« c'est un instrument qu'il dépend de son habileté et de son « savoir de bien conduire; que cet instrument appliquable en « tant de cas peut devenir une arme excessivement dange- « reuse, s'il ne sait pas s'en servir ; qu'il faut de l'habitude, « une certaine dextérité et souvent de grandes précautions « pour pouvoir compter sur son efficacité; qu'il faut savoir le « modifier suivant la forme des parties, l'intensité de la dou- « leur et de l'inflammation, le degré du gonflement, etc..., en « un mot, il faut toujours se rappeler que son action est toute « mécanique, tout entière sous l'empire de celui qui la dirige, « qu'on peut par conséquent la modifier et la graduer de mille « manières différentes (1). »

Toutefois il ne faut pas s'exagérer les dangers; si l'on veut bien y réfléchir on comprendra que nos grandes articulations appellent pour ainsi dire la compression, en tout cas se prêtent merveilleusement à une compression énergique au niveau des surfaces osseuses où s'étalent les anastomoses vasculaires, sans que la circulation soit gênée dans les gros troncs artériels et veineux: ainsi au genou la pression des bandes portera spécialement sur les condyles fémoraux, sur les saillies des extrémités supérieures du tibia et du péroné et ces bandes feront comme un pont pour le creux poplité dont le contenu sera peu gêné. Pour une tumeur blanche tibio-tarsienne la compression se fera surtout sur les malléoles et les parties saillantes du calcanéum, les vaisseaux seront protégés; de même pour le coude, les parties comprimées seront les saillies de l'humérus et du cubitus.

Comme nous l'avons indiqué dans notre Manuel opératoire (2), en principe, nous faisons la compression de l'articulation en remontant de bas en haut; mais nous ajoutons souvent des bandes plus serrées à certains endroits spéciaux et quand, pour une raison ou pour une autre, nous craignons que le membre s'accommode mal à la compression, nous appli-

---

(1) Velpeau. *Annuaire médico-chirurgical*, 1826, t. I, p. 361.

(2) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1886, p. 178.

quons d'abord une bande de toile roulée allant de l'extrémité du membre à la partie inférieure de l'articulation malade et à partir de ce point le pansement habituel de bandelettes imbriquées ; mais ce sont là des principes élémentaires de chirurgie sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister.

Une seconde sorte de douleurs provoquées par les bandelettes agglutinatives peut survenir tardivement quand les bandelettes se cassent par flexion du membre. Nous avons observé ce fait quand nous avons voulu nous passer des attelles de cuir dans le pansement d'articulations non ankylosées et nous avons constaté que, pour éviter cet accident, il faut, à côté de la compression, une immobilisation réelle ; car il n'y a pas d'illusion à se faire ; des bandelettes roulées, qu'elles soient agglutinées ou non, n'immobilisent pas, il faut en plus une application non circulaire mais longitudinale.

III. — *Action du mercure.* — « L'onguent napolitain, écrit « M. Richet, à propos du traitement des tumeurs blanches, « vient en première ligne parmi les pommades ; il agit en « effet avec rapidité et énergie et peut être considéré à bon « droit comme un excellent résolutif ; il est même regardé par « certains thérapeutistes comme un antiphlogistique. Il con- « vient aussi bien dans la période inflammatoire que dans la « période d'induration ; les frictions avec la pommade d'iodure « de plomb, d'iodure de potassium, etc., sont aussi employées « comme résolutives, mais leur action ne me paraît pas à beau- « coup près aussi efficace. » A propos du traitement des tumeurs blanches d'origine osseuse, M. Richet dit plus loin : « L'on- « guent mercuriel seul me paraît mériter d'être mentionné (1). » Il recommande de surveiller les gencives et de suspendre l'usage du mercure dès qu'elles se gonfleront et présenteront le liséré connu de la saturation mercurielle.

Nous n'avons jamais observé d'effet de ce genre dans la grande quantité de pansements que nous avons faits et pourtant

(1) Richet. *Loc. cit.*

nous ne ménagions pas la pommade. M. Cazin n'a pas eu non plus le moindre accident, comme nous l'avons déjà fait remarquer. M. Jules Simon que nous avons consulté à ce sujet, il y quelques jours, nous a dit que, d'après son expérience, le mercure pouvait être employé chez les enfants largement, et sans crainte. Il a du reste écrit à propos de la stomatite mercurielle: « Cette action physiologique recherchée comme pierre de « touche ne s'observe point chez le nouveau-né et est très ex« ceptionnelle chez les enfants au-dessous de dix ans (1). »

Comment la pommade mercurielle agit-elle?

Nous ne croyons pas à une action générale sur toute l'économie, non pas que nous raisonnions comme M. Cazin, qui conclut du peu de retentissement de la pommade sur l'état général, qu'on peut s'en passer et la remplacer par une pommade inerte; mais, pour nous, il y a action locale résolutive très énergique, venant merveilleusement en aide à la compression. Les pommades mercurielles conviennent en particulier aux affections scrofuleuses, en aidant à désobstruer les tissus plus ou moins engorgés dans lesquels il y a toujours accumulation de lymphe épaissie et en rétablissant ainsi la circulation.

A notre avis, il y a plus; dans le rapport que nous faisions à la Société de chirurgie en 1879, nous invoquions les propriétés parasiticides bien connues du mercure, et nous faisions ressortir le fait curieux que le pus de nos pansements était un pus désinfecté; nous en concluions que le mercure est un antiseptique puissant. On nous a traité d'idéaliste, mais la suite des événements nous a donné raison, et les solutions mercurielles sont maintenant employées comme antiseptiques dans tous les services de chirurgie. On comprend les avantages de cet effet antiseptique lorsqu'il y a suppuration; grâce à lui, on peut laisser le pansement en place huit jours et plus, et on n'a pas besoin d'y faire des ouvertures pour l'é-

(1) *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, vol. I, p. 200.

coulement du pus, solutions de continuité au point de vue de la compression. Scott, qui était arrivé à son pansement par une série d'essais, sans aboutir à une théorie, ne se doutait pas de tout le parti qu'il pouvait en tirer. Dans les cas suppurés, il faisait des fenêtres à son appareil, ce qui allait à l'encontre de la compression, et il ne le serrait pas non plus à ses extrémités, laissant ainsi circuler l'air sous la cuirasse de diachylon; de la sorte, pas d'antisepsie possible.

Nous arrêtons ici cet article déjà long en formulant les conclusions suivantes :

L'action salutaire de l'appareil Scott nous paraît tout expliquée :

1° *Par une immobilisation très bien faite ;*

2° *Par une compression qu'on peut localiser et graduer à volonté, et dont l'effet est durable ;*

3° *Par l'action résolutive et antiseptique de la pommade mercurielle.*

Quoi d'étonnant que ce pansement produise des résultats plus satisfaisants que les autres, puisqu'il est la réunion des trois procédés qui sont les *seuls* admis, sans conteste, par les partisans de la méthode conservatrice dans le traitement des tumeurs blanches, et qu'il est démontré que chacun des trois procédés employé à part réalise déjà des effets remarquables !

Nous reconnaissons qu'il serait désirable que l'appareil Scott exigeât moins de temps dans son application et fût moins coûteux; des modifications ont déjà été tentées par MM. Cazin, Championnière, Raymond Broussonnet, médecin principal de l'hôpital général à Montpellier, et par Boileau de Castelnau; nous-même, nous sommes sur la voie de certains changements visant à une économie de temps et d'argent et à la simplification de l'appareil; nous espérons y arriver sans toutefois jamais oublier qu'il faut, avant tout, remplir les trois conditions fondamentales de ce traitement : l'immobilisation, la compression et l'action résolutive.

REVUES DIVERSES

I. — ANALYSES ET EXTRAITS DIVERS.

Ueber die Erkrankrung der Bronchialdrüsen (De l'adénopathie bronchique), par le professeur WIDERHOFER (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, 1886, n° 7). — Les ganglions intra-thoraciques, intimement associés dans leurs différentes maladies aux ganglions bronchiques proprement dits, peuvent être rangés en plusieurs groupes distincts. Il y a d'abord les ganglions pariétaux et viscéraux logés dans les espaces intercostaux principalement au niveau des angles formés d'une part par le sternum et les cartilages costaux et d'autre part par la colonne vertébrale et les côtes. Un autre groupe de ces ganglions, est placé dans le médiastin antérieur, au-dessus et au-dessous de la clavicule, le long de la trachée et de l'œsophage. Viennent ensuite les ganglions médiastinaux profonds, puis enfin les ganglions bronchiques situés au niveau de la bifurcation de la trachée, et autour de chaque division bronchique jusqu'à leurs plus fines ramifications.

Toute affection de l'appareil respiratoire et principalement de la muqueuse des bronches, retentit sur les ganglions correspondants. Le catarrhe aigu des bronches, s'accompagne le plus souvent d'un engorgement passager des ganglions bronchiques. Le catarrhe devient-il chronique, les ganglions s'hypertrophient. Dans les infiltrations pulmonaires, les catarrhes chroniques, l'ectasie des bronches, de même que dans les anomalies de constitution, les ganglions bronchiques subissent des altérations plus profondes, qui ne peuvent plus être considérées comme une hypertrophie simple. Parmi ces altérations, la plus grave, c'est la caséification des ganglions, si fréquente chez les enfants. On observe parfois aussi leur suppuration et l'irruption du pus dans les bronches. Enfin, on comprend facilement que dans les cas de sarcomes étendus de la région du cou, dans la leucémie, la syphilis, les ganglions bronchiques participent à un degré plus ou moins accentué au processus pathologique.

L'adénopathie bronchique se révélera surtout par les signes physiques obtenus à l'aide de la percussion, de l'auscultation et de la palpation. Ces signes sont particulièrement nets au niveau de la troisième

à la cinquième vertèbre dorsale correspondant à la bifurcation des bronches en arrière, et en avant au niveau de la première à la troisième côte, le long de la première pièce du sternum. La percussion donne une matité plus grande et un degré de résistance plus considérable. L'auscultation fait entendre un bruit de souffle expiratoire dit souffle bronchique. Enfin, par la palpation, on percevra la tuméfaction des ganglions voisins, sus-claviculaires, cervicaux, et sous-maxillaires.

Les symptômes dus à la compression des bronches, des vaisseaux et des nerfs, permettent souvent à eux seuls de diagnostiquer l'adénopathie bronchique. Aucun signe particulier ne révèle la compression des bronches de petit calibre, de celles du septième ou du huitième ordre par exemple, mais lorsque la trachée elle-même, et les grosses bronches sont comprimées — ce qui s'observe il est vrai assez rarement à cause de la structure résistante de ces organes — alors les symptômes de compression, tels que les modifications de la voix, de la respiration et de la toux se manifestent avec une grande netteté. Il se peut aussi que les ganglions caséifiés suppurent et se vident dans les bronches, d'où une dyspnée inspiratoire plus ou moins intense et de violents efforts de toux. — La compression des vaisseaux et principalement des veines superficielles est plus fréquente que celle des voies respiratoires. La tuméfaction des ganglions médiastinaux peut amener des phénomènes d'arrêt de la circulation, se traduisant par la dilatation des veines superficielles, l'œdème et la pâleur des téguments. Ce qui caractérise tout spécialement ces phénomènes, c'est leur localisation à l'un des côtés du thorax. Lorsque l'artère pulmonaire se trouve englobée dans une masse ganglionnaire en suppuration, on peut observer des hémorrhagies mortelles. — Il n'est pas rare de voir survenir des phénomènes dus à la compression du nerf vague et surtout du nerf récurrent. Le plus fréquent parmi eux, c'est le catarrhe de la trachée, se manifestant par de gros râles trachéaux, analogues aux râles de l'agonie, mais pouvant persister pendant deux à trois semaines. La toux sera souvent caractéristique, elle peut être spasmodique, ressembler d'autres fois à la toux de la coqueluche, avec cette différence cependant qu'il n'y a pas de reprises. Enfin, il peut survenir un spasme du larynx qui entraînera des accès d'asthme très violents.

Lorsque les signes physiques et les phénomènes de compression laissent le diagnostic incertain, il importe de prendre en considération : 1° les antécédents héréditaires du malade; 2° son état constitu-

tionnel et 3° l'évolution de certaines maladies antérieures ou concomitantes. Ce dernier point est d'une importance considérable, car l'adénopathie bronchique aggrave singulièrement le pronostic de toute affection concomitante. Un enfant chez lequel la rougeole par exemple évolue sans complication, sans fièvre vive, possède des ganglions bronchiques sains. Il en est de même pour la coqueluche. Lorsque cette dernière maladie dure longtemps et affaiblit considérablement l'individu atteint, on peut supposer avec raison que les ganglions bronchiques sont malades. La bronchite simple donne, par son évolution, des indications précieuses sur l'état des ganglions intra-thoraciques. En effet, chez un enfant dont les ganglions bronchiques sont plus ou moins altérés, la bronchite évolue lentement avec une fièvre persistante, et trop souvent elle devient le point de départ d'une tuberculose généralisée. Dans d'autres circonstances, l'altération des bronches pourra être diagnostiquée par deux, trois récidives de pneumonie du sommet et spécialement du sommet gauche, pneumonie dont la résolution de plus en plus difficile ne se fait jamais complètement.

Ces considérations montrent qu'on ne saurait trop réserver le pronostic de l'adénopathie bronchique. Sous l'influence de cette dernière, la tuberculose est toujours imminente, et les maladies intercurrentes deviennent le plus souvent fatales. Tout enfant scarlatineux qui meurt le deuxième ou le troisième jour de sa maladie, présente à l'autopsie une suppuration des ganglions bronchiques.

Dans le traitement de l'adénopathie bronchique, l'administration de l'huile de foie de morue, de l'iode, du fer est particulièrement indiquée. Mais c'est surtout par la prophylaxie qu'on doit chercher à prévenir la maladie.

Ueber antiseptische Wirkung des Essigs und seine Verwendung bei Behandlung der Diphtheritis (De l'action antiseptique du vinaigre et de son emploi dans le traitement de la diphthérie), par F. ENGELMANN. (*Centralblatt für Klinische Medicin*, 1886, n° 14.)

Dans la diphthérie, le vinaigre ordinaire, ou le vinaigre officinal, donne, suivant l'auteur, des résultats plus satisfaisants que toutes les autres méthodes de traitement.

Il emploie cette substance plus ou moins diluée, à l'extérieur à la dose de 1 : 4; en gargarisme, 1 : 2; en pulvérisation, 1 : 2 à 3; pour

les badigeonnages il se sert de vinaigre non dilué. L'action antiseptique du vinaigre serait, d'après les expériences de l'auteur, très supérieure à celle d'une solution d'acide phénique au 5e. M. Engelmann, soumettant successivement un liquide contenant des bactéries, d'abord à l'action du vinaigre, puis à celle d'une solution d'acide phénique au 5e, a pu démontrer que le développement des micro-organismes est complètement arrêté par l'addition de 3 parties de vinaigre à 10 parties de liquide à culture, tandis que pour arriver au même résultat il est nécessaire d'ajouter à la même quantité de liquide à culture, 10 parties d'acide phénique au 5e. Si ces résultats sont exacts, nous possédons dans le vinaigre un antiseptique puissant qui a passé jusqu'ici complètement inaperçu. Il n'est même pas signalé par Koch, qui s'est servi d'un nombre si considérable de substances diverses dans ses expériences de désinfection. Le vinaigre paraît être l'agent antiseptique par excellence des cavités bucco-pharyngiennes ; il possède une action suffisamment énergique, sans être irritant ; son goût n'est pas désagréable, son absorption en plus ou moins grande quantité ne présente aucun danger pour l'organisme. Enfin, on le trouve partout et à bon marché : deux qualités qui méritent également d'être prises en considération.

Insolirte primære Tuberculose der Thymus (Tuberculose primitive isolée du thymus), par Demme. (*Berne*, 1885 et *Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 9.)

Une petite fille, du poids de 2,780 grammes, au moment de la naissance, née de parents sains, ne présentant aucune trace de tuberculose, meurt le quarante-deuxième jour de sa naissance, avec tous les signes de l'athrepsie.

A l'autopsie on trouva dans l'épaisseur du thymus trois tubercules du volume d'une noisette. L'examen microscopique y révéla la présence de bacilles tuberculeux isolés et en petit nombre.

Suivant l'auteur, il s'agit dans ce cas d'une tuberculose congénitale.

Ein ülzeröses Sarkom des Jejunums bei einem Kinde (Un sarcome ulcéreux du jejunum chez un enfant), par Bessel-Haagen. (*Virchows's Archiv*, t. XCIX. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1886, n° 16.)

Un petit garçon, âgé de 7 ans 1/2, ressentit, à la suite d'un coup reçu dans le côté droit du ventre, des douleurs abdominales très vives. Bientôt perte de l'appétit et amaigrissement ; au bout de deux mois, gonflement notable du ventre dont la circonférence était de 63 centimètres.

A la palpation, on reconnaît, immédiatement au-dessous de la paroi abdominale, une tumeur dure, à surface lisse, occupant toute la moitié droite de l'abdomen. Les selles étaient normales; pas d'ascite. Tous les soirs la température oscillait entre 38°,5 et 39°,4. Douleurs abdominales très intenses. Vomissements répétés. Mort par cachexie au bout de quatre mois et demi.

A l'autopsie, épaississement considérable d'une portion de l'intestin, sarcome ulcéreux du jéjunum, sarcomatose mésentérique, métastases multiples dans les reins, les ganglions lymphathiques.

Dr G. Boehler.

De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile, par le Dr Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance à Rio-de-Janeiro. Paris, Berthier, 1886. *En français.*

Le Dr Moncorvo donne dans cet ouvrage les résultats de ses expériences cliniques sur l'emploi de la pilocarpine comme antipyrétique dans les maladies de l'enfance.

Il passe d'abord en revue les agents médicamenteux répondant à la même indication, qui ont été employés avec succès chez l'adulte, mais qui n'ont pu être employés chez l'enfant, soit à cause de l'intolérance ou de la répugnance causée par leur administration, soit parce que leur action toxique était dangereuse pour l'enfance. Ces agents sont : le *quinquina*, la *digitale*, le *tartre émétique*, la *vératrine*, la *salicine*, l'*acide salicylique* et le *salicylate de soude*, l'*acide phénique*, dont l'action antithermique fut utilisée dans le traitement de la fièvre typhoïde des adultes par Stephen-Skinner, Pécholier, et particulièrement par Desplats, et dont les effets fâcheux ont été signalés en France par MM. Dreyfus-Brisac, Siredey, Dujardin-Beaumetz et auquel M. Moncorvo lui-même a préféré la *résorcine*, parfaitement tolérée par les plus jeunes enfants ; l'*acide créosotinique* (mémoire), la *pilocarpine* et l'*aconit*, dont les propriétés fébrifuges et diaphorétiques ont cédé le pas à celles du *jaborandi* et de son alcaloïde, enfin, la *kaïrine*, complètement détrônée par l'*antipyrine*, employée pour la

première fois en Allemagne par MM. Penzoldt et Sartorius (1) et introduite en France par le Dr Huchard (2).

Les recherches cliniques du Dr Moncorvo sur la valeur de ce dernier médicament remontent au commencement de 1885 et comprennent plus de 100 enfants.

Elles portent sur l'emploi de l'antipyrine dans les bronchites, les broncho-pneumonies, la tuberculose, l'impaludisme aigu, dans la fièvre rhumatismale, enfin dans des cas assez graves de fièvre de suppuration.

Les doses varient entre 25 centigrammes et 3 grammes dans les vingt-quatre heures. La tolérance de l'enfance étant extrême pour le médicament, la dose doit être plutôt fondée sur le degré de la fièvre que sur l'âge du malade.

Quoiqu'il y ait avantage à faire baisser la température au chiffre physiologique, le Dr Moncorvo s'est généralement borné, comme Pribram, de Prague, et comme Huchard, à atténuer la température, à obtenir l'hypo-hypothermie.

En résumé, pour le Dr Moncorvo, l'antipyrine est le plus puissant et le moins dangereux des agents antipyrétiques employés jusqu'ici dans la thérapeutique infantile.

Administrée au cours des accidents inflammatoires de l'appareil respiratoire, elle amène une défervescence assez rapide, *plus ou moins durable*, et en même temps une amélioration de l'état local. Chez les tuberculeux, il en est résulté souvent une modification favorable de la nutrition générale.

Dans le traitement de l'impaludisme aigu, l'antipyrine s'est montrée très efficace, contrairement à ce qui a été affirmé par la plupart des observateurs.

Elle a été efficace dans le traitement de quelques affections rhumatismales aiguës, dans la septicémie chirurgicale.

La défervescence s'opère avec une régularité presque mathématique chez les enfants de tout âge. Elle a une durée qui varie de six à vingt-quatre heures. Le retour de la chaleur s'opère presque toujours d'une manière insensible, contrairement à ce qui se passe dans l'emploi de l'acide phénique, de la kaïrine et de la thalline.

---

(1) *Antipyrin in der Kinderpraxis.* (*Berl. klin. Woch.*, n° 30, 1884, p. 461.)

(2) *Nouveaux faits relatifs à l'action physiologique et thérapeutique de l'antipyrine.* (*Bullet. et Mém. Soc. chir. Paris*, n° 15, février 1885.)

Les sueurs et les vomissements, qui sont les principaux accidents reprochés à l'antipyrine ne sont pas des accidents sérieux, à moins qu'on n'atteigne des doses énormes, auquel cas survient l'adynamie, que le Dr Moncorvo n'a pas produite une fois dans cent cas environ. Et pourtant il a administré en une demi-heure un gramme du médicament à un enfant de 13 jours.

L'antipyrine exerce une action manifeste sur l'appareil circulatoire par rapport au ralentissement des battements du cœur et du pouls. Elle ne modifie pas d'une manière appréciable la circulation. Elle diminue, en général et proportionnellement à l'abondance des sueurs, la sécrétion urinaire. Il y a eu quelquefois diminution dans l'excrétion de l'urée. Jamais on n'a trouvé d'albumine.

L'antipyrine exerce sur le cerveau et sur la moelle allongée une action démontrée par l'expérimentation physiologique. Cette action, portant sur le centre calorigène de la moelle, expliquerait le mécanisme des effets antipyrétiques du médicament (Huchard, Bernheim, Dujardin-Beaumetz, Arduin, Moncorvo).

L'antipyrine a été admnistrée aux petits malades, soit par la voie gastrique, soit en lavement, soit par la méthode hypodermique. Cette dernière méthode s'est montrée très efficace et sans danger.

Lo spasmo della glottide, sintomatico di disturbi gastro-intestinal. (Du spasme de la glotte, symptomatique de troubles gastro-intestinaux) par le Dr R. Guaita, directeur de l'hôpital des Enfants, à Milan. *Archiv. di patol. infant*, mai 1886.

Le *spasme de la glotte* (laryngospasme, phrénoglottisme, asthme de Millar) consiste dans une occlusion, complète ou partielle, de la glotte, occasionnée par une contraction spasmodique de tous les muscles du larynx innervés par les récurrents, à la suite de laquelle des symptômes plus ou moins marqués d'asphyxie peuvent se montrer.

Cause prédisposante : suivant tous les auteurs, *le rachitisme*, une déformation thoracique très accentuée, l'hydrocéphalie chronique, la tuméfaction et la caséification des ganglions bronchiques, la laryngite catarrhale, la coqueluche, l'hérédité, l'accroissement pathologique de l'excitabilité réflexe. Monti range parmi les causes déterminantes l'hypéresthésie locale du larynx, par les cris, par la compression de tumeurs externes (hypertrophie de la glande thyroïde) ou inter-

nes (polypes, corps étrangers), l'épouvante, l'action du froid, etc.

L'auteur attire tout particulièrement l'attention sur l'action réflexe du pneumogastrique dans le cas où ceux de ses rameaux qui se distribuent au tube digestif sont excités d'une façon anormale, par des troubles de l'estomac ou de l'intestin.

Le professeur Monti, de Vienne, dit que le laryngospasme peut avoir pour origine l'excitation du pneumogastrique, par réplétion exagérée de l'estomac, dyspepsie, catarrhe intestinal, météorisme (1). Reid et Flesch prétendent, avec raison, que la stimulation des rameaux gastro-entériques du nerf vague, à la suite de la dyspepsie ou des catarrhes intestinaux, constitue un des points de départ les plus fréquents du spasme réflexe de la glotte. Le même point a été établi par Girard, par Lévi qui d'après Marshall-Hall expliquait l'action réflexe produite sur les nerfs laryngés récurrents par l'irritation du trifacial dans la dentition, et du pneumo-gastrique dans les troubles gastro-intestinaux, transmise à travers la moelle allongée ou spinale. West et Vogel, d'une part, Ried et Flesch, de l'autre, ont attribué une importance trop exclusive, à l'une ou à l'autre de ces influences (2).

Se fondant sur les expériences de Mayer et de Pribram, Monti (loc. cit.) explique facilement l'excitation réflexe des centres vaso-moteurs par l'excitation des extrémités périphériques du vague et dit que dans le spasme de la glotte la respiration par cette cause est encore gênée par l'élévation de niveau du diaphragme lorsque l'estomac est trop rempli ou l'intestin obstrué.

L'âge des sujets atteints de cette affection : de trois semaines à dix mois (Rilliet et Barthez); de un mois à la fin de la deuxième année (Steiner); du premier au douzième mois (Salathé); de quatre mois à deux ans (Flesch et Steffen); des premiers jours de la vie à deux ans (Monti); dans les deux premières années (Lévi), étant la période de la vie infantile la plus féconde en troubles gastro-intestinaux se prête très bien à la démonstration du point spécial d'étiologie soutenu par l'auteur.

L'étiologie dentaire ne lui paraît pas aussi bien établie.

L'opinion généralement admise, et soutenue vigoureusement par Flesch que le laryngospasme est une maladie des enfants pauvres, est

---

(1) *Lo spasmo della glottide*, par le prof. Monti. (*Arch. di Pat. inf.*, 1883.)

(2) V. prof. M. R. Lévi, *Osserv. cliniche e studii intorno a malattie di bambini.* Florence, 1882.

en faveur de l'étiologie gastro-intestinale. Ainsi, en Angleterre, où l'alimentation artificielle remplace si fréquemment l'allaitement maternel ou mercenaire, le laryngospasme est des plus fréquents (Lévi).

L'auteur a vu dans le cours de dix ans environ, 140 cas de laryngospasme sur près de 8,000 enfants, ordinairement de 0 à 18 mois, quelques-uns de 19 mois à 2 ans et très peu de 24 à 30 mois. Dans 85 cas, les troubles de la digestion ont paru la cause spéciale et unique; les autres cas ont reconnu pour cause : le rachitisme, l'hydrocéphalie, le catarrhe pharyngo-laryngé, la tuméfaction des ganglions bronchiques.

Dans les 85 cas de cause gastro intestinale, la cause prédisposante a été l'hérédité, la constitution lymphatique; dans 57 cas de ce même groupe la constitution, l'aspect, le poids du malade ne laissaient rien à désirer.

L'auteur cite 5 de ces cas gastro-intestinaux les plus marquants. Ce sont tous des cas de guérison. Il n'a jamais eu du reste, en général, l'occasion de vérifier sa théorie par une nécropsie.

Della terapia della bronco-pulmonite degli infanti col joduro di potassio. (Du traitement de la broncho-pneumonie des enfants par l'iodure de potassium) par le professeur A. Zinnis, d'Athènes, dans l'*Archivio di pat. inf.* de mai 1886.

En attendant un long travail de clinique qu'il publiera sur la matière, l'auteur s'empresse de donner un court aperçu des résultats obtenus jusqu'ici.

Connaissant les merveilleux succès remportés par l'iodure de potassium, sur l'emphysème pulmonaire, accompagné de catarrhe bronchique, le professeur Zinnis a eu l'idée d'employer ce médicament dans la broncho-pneumonie des enfants, dans laquelle le haut chiffre de la mortalité atteste l'impuissance des moyens thérapeutiques ordinairement en usage.

Depuis l'année 1877, il a donné l'iodure de potassium à un grand nombre d'enfants atteints de cette affection (âge, de 6 mois à 5 ans). Voici les résultats de ses observations :

1° L'iodure de potassium s'est montré tout particulièrement utile dans la broncho-pneumonie primitive, et son action a paru plus efficace au commencement de la maladie que dans une période plus

avancée; mais cette action a semblé jusqu'ici très douteuse dans la broncho-pneumonie qui survient au cours de la coqueluche ou de la laryngite striduleuse.

2° Ce même médicament est utile surtout pour les enfants bien constitués. La réciproque est vraie; c'est-à-dire qu'il réussit rarement chez les enfants débiles et cachectiques. Il est plus sûrement utile chez les enfants de 1 à 5 ans que chez ceux de l'âge au-dessus.

3° Son action est plus prompte et plus sûre dans la forme suraiguë de la broncho-pneumonie que dans la forme aiguë.

Faits cliniques qui signalent l'administration du médicament. L'iodure de potassium, à la dose de 0,50 à 1 gr. 25 dans 100 grammes d'eau, suivant l'âge, abaisse souvent en deux à trois jours la température de 1 à 2 degrés, diminue sensiblement la fréquence de la respiration, rend la toux plus grasse, l'expulsion des mucosités plus facile. Tous les signes stéthoscopiques sont en même temps améliorés. Quand on n'a pas obtenu l'effet désiré dans l'espace de trois jours au plus, il est inutile de continuer l'administration du médicament.

Beaucoup de praticiens d'Athènes, ont fait usage de cette médication sur le conseil du professeur Zinnis et l'ont trouvée très utile.

Il en conclut que, si l'on ne peut considérer l'iodure de potassium comme un spécifique de la broncho-pneumonie des enfants, ce que l'on a déjà vu de son utilité suffit pour mériter de l'attention et de nouvelles expériences.

On Tœnia Solium in a Child two years old (Tænia solium chez un enfant de 2 ans), par le Dr C.-G. Davis, de Chicago, d'après the *Lond. Med. Record*, 15 déc. 1885.

A une réunion de la *Chicago Med. Society*, le Dr C.-G. Davis communiqua une observation de tænia solium, chez un enfant âgé de 2 ans et montra environ quatre pouces de ce ver, comprenant la tête. Il avait été appelé une première fois pour voir cet enfant, incomplètement remis d'une entéro-colite de laquelle il avait souffert pendant tout l'été et l'automne. On lui donna des remèdes appropriés et un régime comprenant du bœuf cru. Ce traitement paraissait bien faire. Peu de temps après des portions de tænia commencèrent à apparaître dans les selles. On lui donna alors une demi petite cuillerée de pelletiérine, puis, une heure après, XX gouttes de teinture de jalap et une

grande cuillerée d'huile de ricin. A la suite de cela, il y eut expulsion de trois à quatre *yards* de ver moins la tête qui manquait. On donna des soins attentifs à l'enfant et l'on veilla sur sa santé générale. Sur ces entrefaites de nouveaux fragments de tænia apparurent dans ses selles. On lui administra, à double dose, la pelletiérine, la teinture de jalap et l'huile de ricin. Il rendit alors environ sept à huit pieds de ver, la tête comprise, cette fois, le Dr Dœring déclara à cette occasion qu'il avait donné des soins à trois enfants atteints de tænia, dont l'un avait 9 ans, l'autre 4 ans ; le troisième était un baby, âgé seulement de 6 mois. Ce dernier enfant avait été nourri avec du bœuf cru, pendant une attaque de choléra infantile.

On repeated attacks of scarlatina in a child (Attaques répétées de scarlatine chez un enfant), par le Dr Gustav Langmann, membre de la Société des médecins allemands de New-York, in the *Lond. Med. Rec.* 15 déc. 1885.

Dans une réunion de la Société des médecins allemands de New-York, le Dr Gustav Langmann a fait connaître l'observation d'un petit garçon de 14 ans qui a eu vingt-quatre attaques de scarlatine. Il y a environ douze ans et demi que cet enfant eut sa première attaque de scarlatine compliquée de diphthérie et, depuis cette époque, il a eu régulièrement une attaque de diphthérie tous les printemps et tous les automnes. Le *rash*, l'angine, l'élévation de la température et, tout particulièrement, la desquamation caractéristique de la paume des mains n'ont jamais laissé de doutes sur l'exactitude du diagnostic. L'urine n'a jamais contenu d'albumine et la température s'est rarement élevée au-dessus de 38°,8. Le Dr William Balser a dit, à propos de cette communication qu'il avait observé six attaques de scarlatine chez un même malade. Le Dr Klotz dit qu'il fallait prendre garde de considérer comme une scarlatine, l'érythème sudoral qui se montre souvent au printemps et à l'automne. Il a fait remarquer aussi qu'après l'exanthème quinique, il se présente souvent une desquamation de la paume des mains.

Traumatic cephal-hydrocele (Hydrocèle céphalique d'origine traumatique), par le Dr Baker, in *Brit. Med. Journ.*, 27 juin 1885.

Enfant âgé de 8 mois, présenté à la consultation de *Saint-Bartholomew's Hospital*. Chute sur la tête deux mois auparavant. En le relevant, on a constaté une tuméfaction considérable au-dessus de l'oreille gauche. Cette tuméfaction avait un peu diminué quelque temps après. Elle était située dans la région temporale gauche, ovale, élastique, mesurant 2 pouces 1/2 à 3 pouces 1/2 dans ses diamètres. L'oreille externe se trouvait légèrement refoulée. Le bord inférieur du pariétal pouvait être facilement perçu et semblait décollé. Il était évident que la tumeur communiquait librement avec la cavité crânienne. Elle se tendait sous l'influence des cris et présentait des pulsations synchroniques avec celles de la fontanelle antérieure, qui était très dilatée. Il n'y avait pas de symptômes manifestes de *craniotabes*.

La tumeur sembla devoir être attribuée à l'accumulation d'un liquide entre l'os et le péricrâne ou au-dessous du muscle temporal, en conséquence d'une fracture de l'os et d'une rupture de la dure-mère, qui adhère toujours d'une façon très intime chez les enfants.

Dans plusieurs cas qui se sont présentés au même hôpital, une communication a été trouvée entre l'intérieur de l'hydrocèle et le ventricule céphalique. Billroth rapporte un cas dans lequel la lésion a été produite par un accouchement au forceps.

Sur 18 cas qui ont reçu un traitement opératoire (ponction, aspiration, incision), il y a eu 11 morts et 6 guérisons. Un malade a perdu la vue.

M. Baker pensait que, dans le cas présent, il n'y avait pas d'autre traitement à faire qu'une compression modérée, et que si l'enfant survivait, la tumeur pourrait graduellement disparaître.

Dr Pierre-J. Mercier.

II. — Variétés.

— *La Société protectrice de l'enfance* a mis au concours, pour l'année 1886, la question suivante :

« Exposer, dans des observations personnelles, les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour la contagion. »

Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1886, pour la première question, et avant le 1er novembre 1887 pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur BLACHE, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents *ne devront pas se faire connaître;* ils joindront à leur envoi un pli *cacheté* contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Question pour l'année 1887. Le prix sera aussi de 500 francs.

« Exposer, en se fondant sur des observations personnelles, et en indiquant les établissements, ainsi que *la nature de l'industrie* qu'on y exploite, quelle influence *ont pu* avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

III. — OUVRAGES REÇUS.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Trabajos oftalmologicos del asilo Santa-Lucia (*Travaux ophthalmologiques de l'asile Sainte-Lucie pendant l'année* 1885), par le Dr SANTIAGO DE LOS ALBITOS.

Meningite simplice acuta (*Méningite simple aiguë, terminée par la guérison, chez un nourrisson*), par le Dr G. SOMMA.

Nefrite difterica primitiva (*Néphrite diphthérique primitive*), par le Dr G. GUIDI.

(Ces deux derniers travaux sont des extraits de l'*Archivio di pathologia infantile*, ann. IV, 1886.)

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd.
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Juillet 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA DURÉE DE L'INCUBATION ET SUR LA CONTAGION DE LA ROUGEOLE.

Par le Dr Sevestre,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

Les faits relatifs à l'étiologie et à la propagation des maladies contagieuses présentent un intérêt considérable, et l'on ne s'étonnera pas de l'importance qui s'attache à leur étude si l'on veut bien réfléchir qu'il s'agit ici, non pas seulement d'une affaire de pure curiosité scientifique, très légitime d'ailleurs, mais surtout d'une question d'hygiène. Pour empêcher les individus bien portants de contracter une maladie contagieuse, et en particulier une fièvre éruptive, il faut avant tout connaître, d'une façon bien positive, les conditions de propagation de cette maladie, c'est-à-dire, en particulier, la période à laquelle elle est transmissible et la façon dont elle se transmet (par l'air, par le contact, etc...), ou, en d'autres termes, la voie par laquelle le principe contagieux (j'emploie à dessein ce terme un peu vague) vient influencer l'organisme.

Malheureusement, cette étude est encore bien peu avancée, et, si l'on en voulait une preuve, il suffirait de se reporter à l'une des dernières séances de la *Société médicale des hôpitaux*, où fut discutée la contagion de la fièvre typhoïde, et au cours de laquelle on vit cette contagion, niée par les uns, et considérée par les autres comme presque fatale.

La question est en effet très complexe, et lorsqu'on se trouve en présence d'une maladie qui a pu être gagnée par contagion, on est souvent fort embarrassé pour décider quel a été le point de départ. Parmi les éléments que l'on peut faire intervenir en pareil cas, il me semble que l'un des plus importants, et des plus négligés d'ailleurs, est l'observation de la *durée de la période d'incubation.*

Les maladies contagieuses ont, en effet, une période d'incubation, variable pour chacune d'elles, mais qui, pour une même maladie, paraît osciller dans des limites assez étroites. C'est ainsi que, si l'on compare deux maladies voisines sous certains rapports, mais très différentes à ce point de vue, on voit que l'incubation de la rougeole paraît présenter une durée de treize à quatorze jours, et que celle de la scarlatine ne dépasse guère cinq à six jours (1).

Des recherches spéciales sur ce sujet m'ont permis d'arriver à des résultats assez intéressants; mais je ne m'occuperai pour le moment que de la rougeole, n'ayant pas un assez grand nombre d'observations précises pour ce qui concerne les autres fièvres éruptives.

Les notions sur ce point sont d'ailleurs assez bien établies, mais ne paraissent pas encore suffisamment vulgarisées : elles ne sont pas non plus acceptées sans conteste, et, dans la

(1) Il est souvent difficile d'apprécier à quelle date il faut faire remonter le début d'une maladie; aussi, à l'exemple de certains auteurs et particulièrement de M. Béclère, j'ai préféré, pour la facilité de l'étude, comprendre sous le nom de période d'incubation l'intervalle qui s'écoule entre le moment de la contagion et la première manifestation tangible de la maladie, c'est-à-dire l'éruption. Ainsi constituée, cette période comprend la période d'incubation vraie et la période d'invasion ou des prodromes.

dernière édition de son livre (datée de 1885), M. Bouchut dit que la durée d'incubation de la rougeole est très variable et peut osciller, d'après ses observations, entre huit et vingt-neuf jours (1).

Les premières recherches précises qui ont permis de déterminer la durée de cette période d'incubation datent de 1846, époque à laquelle Panum (2) put étudier une épidémie qui envahit les îles Féroë, où depuis soixante-cinq ans pas un cas de rougeole n'avait été observé. Un ouvrier, venant de Copenhague, communiqua la maladie à deux de ses amis, et l'épidémie prit ensuite une telle extension que, du mois d'avril au mois d'octobre, sur 7,782 habitants, plus de 6,000 furent atteints.

Des faits si nombreux qu'il put observer dans cette épidémie, Panum tirait la conclusion suivante :

« Je crois pouvoir admettre comme une loi constante que le contagium de la rougeole, une fois introduit dans l'organisme, ne se manifeste d'abord par aucun signe, et qu'après un stade de prodromes dont la durée est indéterminée, l'éruption a lieu le treizième ou le quatorzième jour après l'infection. Sans doute la constitution des malades, leur régime, etc., hâteront ou retarderont parfois quelque peu l'apparition de l'exanthème; mais ces influences sont bien moins actives qu'on ne le supposerait *a priori*. Le plus grand écart, en deçà et au delà du chiffre indiqué, est tout au plus de vingt-quatre heures. Après la concordance si frappante des observations que j'ai rassemblées dans cinquante-deux villages, les exceptions, si elles existent (et je n'en ai pas vu), ne dépendent-elles

(1) Il semble, d'ailleurs, que sous le nom d'incubation, M. Bouchut confonde ensemble la période pendant laquelle le sujet échappe à la contagion et la véritable période d'incubation. On comprend que les résultats soient alors très différents, bien que pour la rougeole la contagion s'exerce, en général, dès le début du contact.

(2) Panum. *Du mode de transmission de la rougeole* (*Archiv. für physiol. Heilkunde*, t. II, et *Archives de médecine*, 1851, t. I, p. 451).

pas de l'insuffisance de l'examen? Toutes les fois que j'ai été à même de contester les témoignages qui d'abord ébranlaient ma conviction, j'ai trouvé en dernier lieu que, vus de plus près, ils venaient à l'appui de la règle, bien loin de l'infirmer. »

Des observations de Mayr (1), de Girard (2), de Dumas (3), de Lancereaux (4), de Fœrster (5), confirment ce chiffre de treize à quatorze jours.

M. Cadet de Gassicourt (6), dans un certain nombre d'observations prises en ville, avec toutes les précautions requises, a trouvé invariablement que l'incubation durait huit à neuf jours, à partir du moment de l'infection jusqu'au début de l'invasion. En tenant compte de la durée des prodromes, on arrive à peu près au même chiffre que les auteurs précédents. C'est aussi le résultat que donne M. Béclère, auquel nous devons une thèse fort intéressante sur la contagion de la rougeole (7). Malheureusement, dans le plus grand nombre des observations de M. Béclère, le contact a duré plusieurs jours; néanmoins il existe un chiffre suffisant d'observations concluantes pour autoriser à admettre que le plus habituellement c'est le 13e, le 14e ou le 15e jour du début du contact infectieux que l'éruption apparaît. D'après M. Labric (thèse de Beclère), ce serait presque toujours le 15e jour.

Les observations qui me sont personnelles fournissent des

---

(1) Mayr. Art. ROUGEOLE du *Traité des maladies de la peau*, de Hébra.

(2) Girard (de Marseille). *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1865, p. 157, et 1869, p. 170.

(3) Dumas. *Montpellier médical*, 1872, et *Société médico-pratique*, 1876.

(4) Lancereaux. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1873, p. 91.

(5) Fœrster. *Journal d'Hayem*, t. IX, p. 639, et t. X, p. 532.

(6) Cadet de Gassicourt. *Clinique*, t. II, p. 350.

(7) Béclère. *De la contagion de la rougeole*, th. de Paris, 1882.

Les observations cliniques me paraissent avoir beaucoup plus de valeur que les renseignements que l'on a voulu tirer des expériences d'inoculation de la rougeole. On ne peut affirmer, en effet, que la période d'incubation ait exactement la même durée dans la rougeole inoculée et dans la rougeole prise par contagion.

résultats absolument identiques aux précédents, c'est-à-dire que j'ai trouvé le chiffre de neuf jours pour la période d'incubation vraie, et celui de treize à quatorze pour l'intervalle compris entre le contact infectieux et l'éruption.

Ces observations sont de deux ordres et de valeur très inégale. Les unes, provenant de l'hospice des Enfants-Assistés, où le moment précis de la contagion est à peu près toujours impossible à saisir, n'ont de signification que par leur nombre; je n'en tiendrai pas compte ici, me réservant de revenir plus loin sur quelques-unes d'entre elles qui ont présenté des particularités intéressantes.

J'attache, au contraire, une importance beaucoup plus grande aux faits recueillis en ville, et surtout à ceux dans lesquels le contact infectieux a été peu prolongé. C'est à ce titre que je demande la permission de rapporter, avec quelques détails, une observation que j'ai pu suivre de très près; elle concorde d'ailleurs absolument avec plusieurs autres du même genre que j'ai eu l'occasion d'observer, mais dans lesquelles je n'ai pu arriver cependant à déterminer d'une façon aussi précise le moment de la contagion et l'apparition des premiers symptômes.

Le mardi 10 février 1885, Mme X... me demanda de venir voir sa petite fille, qui toussait depuis le samedi précédent, et qui cependant n'avait pas cessé de sortir. Je la vis dans l'après-midi et je constatai une fièvre modérée, quelques râles dans la poitrine, mais, en outre du coryza, un peu de rougeur des yeux et une rougeur piquetée du voile du palais. En présence de ces symptômes, je soupçonnai une rougeole au début, mais ne pus réussir à trouver aucune trace d'éruption. Le fait m'intéressait d'autant plus que deux jours avant, c'est-à-dire le dimanche 8 février, cette petite malade avait passé deux ou trois heures avec une dizaine d'enfants dont plusieurs sont habituellement confiés à mes soins, et parmi lesquels se trouvait ma petite fille, âgée alors de 4 ans.

Le 11, dans la matinée, paraissaient quelques macules, et l'éruption se faisait franchement dans la journée.

Je me promis alors de surveiller avec soin ma petite fille, et, par précaution, dès le 13 février, je fis isoler son frère, qui n'avait eu aucun rapport avec la malade. Dès ce moment aussi je commençai à prendre la température, et je me tins à l'affût des premiers symptômes de la rougeole. Pendant quatre jours, la température (prise dans l'aisselle) resta à 36°,8 ou 37°; le pouls à 96.

Le 17, l'enfant ne présentait encore aucun signe de maladie, aucun malaise; à 11 heures, elle déjeunait comme à l'ordinaire; mais entre 2 et 3 heures, elle avait les yeux battus, la figure fatiguée, et demandait à se coucher; la température était de 39°; le soir, elle montait à 39°,8. Dans l'intervalle (à 4 heures), vomissement.

Le lendemain soir, la fièvre tombait, puis reprenait le surlendemain, mais sans qu'il y eut aucun des prodromes de la rougeole. C'est le 20, dans la soirée, qu'il y eut pour la première fois un peu de toux, quelques éternuements. Ces phénomènes étaient un peu plus accentués le lendemain matin, et, de plus, le voile du palais présentait une rougeur mouchetée. Dans l'après-midi, l'éruption commençait au cou, sur la face et la poitrine; elle augmentait jusqu'au lendemain soir 22 février, puis diminuait le 23 et était complètement terminée le 25, laissant seulement quelques macules bistrées; sur les membres, l'éruption atteignit son maximum le 23 et disparut seulement le 26.

Ainsi, dans ce fait où les choses ont pu être suivies heure par heure, c'est très exactement *neuf jours après le contact infectieux* que les premiers symptômes de la période d'invasion se sont manifestés, et cette circonstance a d'autant plus de valeur que le début de ces accidents a été très brusque, et que, d'autre part, les deux enfants n'avaient passé ensemble que deux heures au plus. Quant à l'éruption, elle débuta 13 jours après le contact.

J'ai eu à soigner en même temps une jeune fille qui s'était trouvée à la même réunion : chez elle, le début de la période d'invasion ne put être précisé, car elle était sous l'influence

d'une grippe assez intense ; l'éruption se fit dans la nuit du 21 au 22 février, c'est à dire dans le courant du quatorzième jour. Chez une autre, que je n'ai pas vue, mais sur laquelle j'ai eu des renseignements précis, l'éruption avait débuté dans la nuit du 20 au 21. Enfin, c'est dans la journée du 21, le matin ou le soir, que débuta aussi l'éruption chez trois autres enfants contagionnés en même temps. Cinq autres, qui avaient eu précédemment la rougeole, échappèrent seuls à la contagion. Je dois noter aussi que la jeune fille de 12 ans, dont j'ai parlé plus haut, avait eu, cinq ans auparavant, une rougeole constatée par M. Archambault, et que l'année précédente (1884), alors que ses trois sœurs en avaient été atteintes, elle avait été préservée sans que l'on eut pris aucune précaution spéciale.

En somme, des observations qui précèdent, aussi bien que de celles fournies par les auteurs cités plus haut, il résulte que, dans la rougeole, l'intervalle qui sépare le contact du début de l'éruption est, dans l'immense majorité des cas, de 13 *ou* 14 *jours ;* quant à la durée de la période d'incubation vraie, c'est-à-dire avant l'apparition des prodromes, elle peut être évaluée à 9 *jours* pleins. Ces chiffres ne sont d'ailleurs pas modifiés d'une façon appréciable si la rougeole, au lieu de survenir en pleine santé, se développe chez un individu atteint déjà d'une autre maladie.

C'est un fait qu'avait déjà signalé Panum, sur lequel insiste M. Béclère, et que j'ai pu, pour mon compte, vérifier plus d'une fois à l'hospice des Enfants-Assistés. J'ai, en particulier, un certain nombre d'observations dans lesquelles un enfant ayant été, au moment de son entrée, exposé à la contagion de la rougeole et de la scarlatine, entrait à l'infirmerie cinq ou six jours après avec une éruption de scarlatine ; le treizième ou le quatorzième jour, l'éruption de rougeole paraissait à son tour.

Cette fixité dans la durée de la période d'incubation de la rougeole permet, comme je l'ai donné à entendre plus haut,

de résoudre, avec de grandes probabilités, certaines difficultés relatives à la contagion de cette maladie. Une rougeole étant constatée, si l'on se reporte à treize ou quatorze jours avant l'éruption, on a quelque chance de trouver le point de départ de la contagion, et peut-être alors sera-t-il possible de prendre des mesures pour empêcher ultérieurement la propagation de l'épidémie.

Cette notion peut même jeter quelque jour sur certains points d'un intérêt plus général. Ainsi, l'on a cru pendant longtemps que la rougeole n'est contagieuse qu'après l'éruption. Panum a montré, en s'appuyant précisément sur la durée de l'incubation, que la contagion s'était faite souvent dès le début de l'éruption, mais il n'a pu décider si elle était possible pendant les prodromes.

Nous sommes aujourd'hui plus avancés ; les observations de Mayr, de Girard (de Marseille), de Dumas (de Cette), de Lancereaux, de Fœrster, de Béclère, etc., ont prouvé d'une façon positive que la rougeole est contagieuse même à ce moment.

Le fait que j'ai rapporté plus haut en fournit également la démonstration, puisque c'est *trois jours avant l'éruption* que la petite malade donna la rougeole à tous les enfants qui s'étaient pendant quelques heures trouvés réunis avec elle. Il y a mieux encore : la sœur de cette enfant eut aussi la rougeole, mais chez elle l'éruption parut dans la nuit du 19 au 20 février. Me fondant sur la notion de la durée habituelle de la période d'incubation, j'en conclus qu'elle l'avait gagnée dès le moment où avaient paru chez l'ainée les premiers phénomènes d'invasion de la maladie.

Ainsi donc, la rougeole est *contagieuse dès le début des prodromes*. C'est précisément la raison pour laquelle la contagion s'exerce si facilement, on pourrait dire si fatalement. A ce moment, en effet, rien n'indique encore que l'enfant va avoir la rougeole, et lorsque quelques jours après, en présence de symptômes plus positifs, on décide l'isolement, il est déjà trop tard.

Après l'éruption, au contraire, la puissance contagieuse disparaît très rapidement. Fœrster n'a pas trouvé d'exemple de contagion au delà du cinquième jour de l'éruption, et encore n'a-t-il qu'un exemple de ce genre. Pour mon compte, je n'ai pas constaté aux Enfants-Assistés un seul cas dans lequel on pût attribuer la contagion à un enfant convalescent de rougeole, et quant à mes enfants, je n'ai pas hésité à les réunir le quatorzième jour (à partir des prodromes), après quelques mesures de désinfection, très simples d'ailleurs.

La notion de la durée d'incubation de la rougeole me servira aussi à confirmer, en les accentuant plus encore, les propositions suivantes de M. Béclère : « Le contage de la rougeole est diffusible dans l'atmosphère, mais sa diffusion est très limitée ; il ne semble pas pouvoir se répandre au delà de quelques mètres. Le contage de la rougeole est très peu tenace : hors de l'organisme qui l'a produit, il perd très rapidement ses propriétés nocives ; il ne semble pas pouvoir les conserver au delà de quelques heures. Le contage de la rougeole est très rarement transporté par des personnes ou par des objets, en dehors des cas où cette condition est réalisée : transport en très peu de temps à très faible distance. »

A l'appui de ces propositions, je pourrais dire que, malgré le nombre considérable de rougeoles que je vois journellement (12 à 15 en général aux Enfants-Assistés, et même quelquefois plus encore), je n'ai jamais apporté la rougeole ni à mes enfants, ni à d'autres. Je vais même plus loin : je ne crois pas que ce transport se fasse dans l'hôpital même ; au moins, serait-il exceptionnel.

Depuis cinq mois, les enfants atteints de rougeole et de scarlatine, à l'hospice de la rue Denfert, sont installés dans des pavillons isolés dans le jardin. Ces pavillons sont au nombre de quatre : les deux du milieu, plus grands (de 10 lits chacun), sont destinés aux rougeoles ; ceux des extrémités (de 6 lits) aux scarlatines. Ces pavillons sont séparés les uns des autres par un espace de 7 à 8 mètres, et s'ouvrent sur un passage à l'air libre couvert, mais ouvert sur les côtés. L'iso-

lement semble donc assez parfait. Malheureusement, si les infirmières doivent *théoriquement* rester confinées chacune dans leur salle, il est certain qu'en réalité elles n'y restent pas ; une surveillante unique a la direction des 4 pavillons : il résulte de tout cela et de diverses autres conditions une promiscuité très défavorable à l'isolement vrai. Malgré tout, alors qu'il y avait en même temps 20 enfants atteints de rougeole, et à côté une douzaine de scarlatineux, je ne crois pas qu'il y ait eu un seul cas intérieur dont le développement puisse être attribué au personnel ou au linge. Il y a eu cependant un certain nombre de scarlatineux qui ont eu la rougeole : mais en se reportant à la date probable de la contagion, calculée d'après la durée d'incubation, on voyait que les uns avaient apporté à la fois le germe de la scarlatine et de la rougeole ; ils entraient pour une scarlatine, et la rougeole évoluait à son heure ; puis au contact de ceux-ci, d'autres enfants contractaient à leur tour la rougeole. En somme, parmi ces cas intérieurs, il n'y en a pas eu un seul dans lequel on ne pût, en remontant à l'époque de la contagion probable, calculée d'après la durée de l'incubation, trouver l'origine de la contagion dans le séjour d'un enfant atteint de rougeole ou en puissance de rougeole.

De ce qui précède, il semble résulter que l'isolement de la rougeole est facile et que, même imparfaitement pratiqué, cet isolement peut être suffisant. Et pourtant, la rougeole est, de toutes les maladies, celle dont il est le plus difficile de préserver les enfants, précisément parce qu'elle est contagieuse à une période où l'on peut à peine la soupçonner.

Tout enfant qui tousse doit être suspect en pareil cas, et lorsqu'à la toux s'ajoutent le coryza, le larmoiement et la rougeur des yeux et surtout la rougeur du palais (1), la séparation

(1) D'après M. Girard (de Marseille), le pointillé rouge du voile du palais surviendrait cinq ou six jours après le contact infectieux, et, par conséquent, sept ou huit jours avant l'éruption cutanée et plusieurs jours

s'impose absolument ; malheureusement, même à ce moment, il est souvent déjà trop tard.

Lorsque, à la fin de 1884, j'arrivai à l'hospice des Enfants-Assistés, le directeur, M. Lafabrégue, qui, depuis longtemps déjà, était à la tête de cet établissement, signala tout spécialement à mon attention les ravages terribles qu'y faisait la rougeole, et me dit que malgré toutes les mesures d'isolement on n'était arrivé encore à aucun résultat. De concert avec Parrot, il avait organisé à Thiais un petit établissement dans lequel étaient, dès le lendemain de leur arrivée, envoyés les enfants de 2 à 5 ans, que l'on espérait ainsi soustraire à la contagion. La rougeole continua quand même, les enfants la prenant à Thiais comme ils la prenaient auparavant à la rue Denfert.

Au bout de quelques mois, j'avais constaté que, dans un bon nombre de cas, les enfants nous revenaient avec la rougeole le treizième ou le quatorzième jour après leur arrivée à Thiaïs, et j'appris que la même voiture dans laquelle on avait ramené à Paris les enfants malades servait ensuite, après avoir été désinfectée (?), à conduire à Thiais les enfants bien portants. M. le Directeur général Peyron, mis au courant de cette pratique, s'empressa de donner des ordres pour la faire cesser, et l'on eut deux voitures, l'une en dépôt à Paris pour conduire à Thiais les enfants sains, l'autre à Thiais pour ramener les enfants malades. Les cas de rougeole ne furent pas moins nombreux, et le plus souvent c'était bien treize ou quatorze jours après leur arrivée à Thiais que les enfants présentaient une éruption. Ils s'étaient donc, dès ce moment, trouvés soumis à l'influence contagieuse, ayant été dès leur entrée en contact avec des enfants en puissance de rougeole.

---

avant toute espèce de prodromes. S'il en était ainsi, ce serait un signe excellent pour poser davance le diagnostic de la rougeole ; malheureusement, le fait n'a point été constaté par d'autres observateurs. En ce qui me concerne, je n'ai guère vu la rougeur du voile du palais survenir que la veille de l'éruption cutanée.

Ce qu'il fallait donc éviter avant tout, c'était d'envoyer à Thiais des enfants déjà contagionnés, bien que ne présentant encore aucun signe de rougeole, et pour cela il fallait tenir en observation pendant un temps suffisant, avant de les envoyer à Thiais, les enfants venant du dehors.

Depuis le 1er juin, ce service a commencé à fonctionner : quatre petites salles ont été aménagées pour recevoir les enfants à leur arrivée à l'hospice ; ils sont tenus en observation pendant dix jours, et sont ensuite envoyés à Thiais s'ils n'ont, pendant ce temps, présenté aucun signe de maladie.

Malheureusement, ces salles ne tarderont sans doute pas à devenir insuffisantes, et il faudra se borner à une période d'observation de huit jours ou même de cinq ou six. Actuellement, il n'y a plus de rougeoles, mais combien de temps cela durera-t-il ?

En résumé :

1° La période d'incubation de la rougeole a une durée à peu près fixe, quelles que soient les conditions dans lesquelles se développe cette maladie. Cette durée est de huit à neuf jours, et l'on peut évaluer à treize ou quatorze jours l'intervalle qui sépare le moment de la contagion de l'éruption.

2° La rougeole est contagieuse pendant la période d'invasion et dès le début des prodromes, elle est encore contagieuse pendant l'éruption, mais cesse de l'être dès que celle-ci est terminée.

3° La contagion de la rougeole se produit à la suite d'un contact plus ou moins prolongé, le plus souvent médiat, mais à faible distance, avec un enfant atteint de rougeole à la période d'invasion ou d'éruption. La contagion par une personne étrangère, la contagion d'une salle à l'autre est douteuse, et en tout cas très exceptionnelle.

4° Il y a un intérêt véritable à déterminer par des observations précises la durée de la période d'incubation des maladies contagieuses autres que la rougeole.

DE L'EMPHYSÈME CHEZ L'ENFANT.

Leçon clinique de **M. le professeur Grancher**, à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillie et publiée par M. Raoult, interne provisoire des hôpitaux.

Messieurs,

Je désire vous parler dans cette leçon d'un fait assez curieux et qu'il nous est donné assez rarement d'observer.

C'est celui d'un enfant de 4 ans, la nommée Céline Grenouilleau, qui était couchée au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève. Elle entrait dans notre service le 6 mars, mourait le 14, et le 15 nous fîmes l'autopsie.

Cette enfant était en convalescence d'une rougeole récente dont elle semblait guérie depuis un mois. Toutefois, depuis ce temps elle n'avait cessé de tousser. Outre cette toux, elle présentait un peu de fièvre revenant le soir, et au milieu de ses quintes de toux elle était souvent prise de vomissements alimentaires. Rien autre d'extraordinaire n'existait dans son état. En somme, c'était une enfant mal convalescente d'une maladie récente, d'une maladie grave : la rougeole. Depuis son entrée, on l'avait examinée. On percevait bien des signes de bronchite, quelques râles disséminés, et la question restait pendante : y avait-il, oui ou non, de la tuberculose ? lorsque subitement, le 11 mars, elle se plaignit d'une douleur au niveau du cou. Le cou se tuméfia, puis ce fut la face qui devint bouffie. Bientôt on vit se gonfler le haut des épaules. Le sommeil fut agité dans la nuit du 11 au 12. L'enfant se réveillait souvent et était prise d'accès de toux avec difficulté de respiration, entrecoupés de pleurs et de cris.

Le 12 mars, à la visite, c'est-à-dire dix à douze heures après le début de ces accidents, l'enfant était défigurée. Les yeux étaient encore ouverts, mais le bas des joues était largement tuméfié. La face reposait sur une sorte de colonne en continuité avec le thorax, tant le cou était gonflé. La peau de ce

cou était légèrement rouge et chaude; notez en passant ce caractère sur lequel nous reviendrons plus tard. La peau du thorax était soulevée, ballonnée surtout dans le dos et dans la région thoraco-mammaire qui était gonflée, formant des sortes de mamelles. Lorsqu'on palpait toutes ces régions, face, cou, thorax, on avait la sensation d'un gonflement mou, de duvet, fuyant sous le doigt. Au niveau du thorax seulement, en pressant assez profondément sur les côtes, on éprouvait une sensation de crépitation. Cette sensation n'était pas ressentie en comprimant superficiellement le tissu sous-cutané, il fallait aller profondément. Toutefois, au pourtour des régions les plus emphysémateuses, au niveau des bosses aériennes, en allant vers les tissus sains, on sentait de la crépitation gazeuse très nette.

Le 13 mars, la situation empira. L'enfant était complètement défigurée, les paupières étaient énormes, boursouflées, et l'air avait non seulement infiltré le tissu sous-jacent à la peau des paupières, mais encore celui sous-jacent à la conjonctive, qui faisait hernie au niveau de la fente palpébrale, formant là un chémosis aérien. Le thorax était très boursouflé, dilaté ; dans le dos et en avant étaient des bosses aériennes, où la percussion donnait un son creux. Les membres supérieurs étaient infiltrés d'air jusqu'aux mains : il en était de même de tout le tronc. Mais au niveau du bassin s'arrêtait l'infiltration d'air, et les membres inférieurs étaient complètement indemnes. La petite malade avait l'air d'un enfant en baudruche. Le 13 à minuit l'enfant mourut.

Comme on le voit, nous étions en présence d'un emphysème généralisé, sauf aux membres inférieurs. Le diagnostic était certain, mais restait le diagnostic de la cause de l'emphysème et il restait pendant depuis le 12 mars. L'autopsie vint nous rendre compte des lésions et nous expliqua le processus de l'emphysème.

A l'ouverture du cadavre, on voyait le tissu cellulaire souscutané infiltré d'air, enserré dans des mailles, dans des tractus blanchâtres présentant l'aspect du tissu cellulaire d'un

animal de boucherie. Ces tractus blanchâires étaient semés de taches jaunes : de la graisse, et les muscles rouge-vif tranchaient sur le tissu pâle environnant; ils n'étaient pas atteints par l'emphysème, qui ne séparait nullement leurs fibres.

Après l'ouverture du thorax, on voyait les deux poumons emphysémateux; mais cet emphysème était localisé. Les bords antérieurs présentaient un emphysème à grosses bulles : emphysème lobulaire et interlobulaire. On pouvait écarter ces poumons des organes du médiastin avec lesquels ils n'avaient aucune adhérence. Ce médiastin était très soufflé, distendu par de grosses bulles d'air.

Pendant la vie on avait pensé à une pénétration *directe* de l'air, du poumon dans le médiastin, par suite d'adhérences entre les feuillets pulmonaire et médiastinique de la plèvre, au niveau d'un tubercule lui ayant donné une issue. L'autopsie nous a montré que cela ne s'était pas ainsi passé. Les vésicules pulmonaires se sont rompues, et l'air s'est infiltré dans le tissu cellulaire périlobulaire, et de là a passé en suivant les lymphatiques jusqu'au hile, et enfin dans le tissu conjonctif du médiastin. Il a donc suivi une voie *indirecte*.

En effet, nous voyions le bord antérieur du poumon présenter des tractus gazeux, dans l'intérieur du tissu cellulaire, des sortes de vaisseaux aériens, suivant le trajet des lymphatiques et des vaisseaux, et communiquant avec le tissu injecté d'air du médiastin, et par là avec celui du cou. L'injection s'est donc faite sans aucune rupture de la plèvre. Ce processus n'est pas rare; car on voit souvent une communication directe se faire entre le poumon et la plèvre médiastinique. Celui que nous venons d'observer a été vu par Rilliet et Barthez, qui en ont donné une description bien faite. Dans une observation, ils mentionnent des chapelets ou boyaux contenant de l'air, longeant les petites bronches, les vaisseaux, et ressemblant à des lymphatiques insufflés. En effet, cette apparence est bien réelle; ce trajet est le même que celui que j'obtenais lorsque je faisais des injections des lymphatiques pulmonaires avec le bleu de Prusse.

Outre les lésions que nous venons d'étudier, le poumon de l'enfant présentait des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse, et le rein et le foie étaient infiltrés de tubercules. Il s'agissait donc là d'une tuberculose généralisée.

Cette enfant était vouée à la mort et toute intervention n'aurait fait que retarder la mort. Du reste, quel traitement apporter? Nous avons bien fait une tentative ; elle a été inutile. Sur les instances de M. Variot, nous avons fait une ponction, et l'aspiration avec l'appareil Potain, dans une poche située dans le tissu cellulaire au niveau de l'omoplate. Nous avons peut-être enlevé la valeur d'un dé à coudre, d'un demi-verre d'air, nous n'en savons rien ; toujours est-il que la poche n'a pas semblé diminuer. Cette opération a été faite par Ozanam, Nathalis Guyot, et aurait donné des résultats entre leurs mains. C'est une opération inoffensive si elle n'est pas curative, et dans le cas présent, elle n'a eu aucun effet. J'ai recherché les cas d'emphysème sous-cutané généralisé, mentionnés par les auteurs. Roux, dans sa thèse, n'a pu en réunir que 26 cas ; dans le mémoire de Roger et Blache, 19 cas sont énumérés. Ozanam en cite 16 et Nathalis Guyot un peu moins. L'emphysème généralisé n'est donc pas très commun. L'emphysème sous-cutané peut encore se rencontrer localisé, par exemple, dans les manœuvres maladroites de ponction, de thoracentèse. L'emphysème généralisé se rencontre le plus souvent chez l'enfant dans la coqueluche, dont la toux convulsive explique cette complication.

Il me reste à revenir sur quelques points intéressants mentionnés par les auteurs. Chez notre enfant, la peau était presque partout souple, blanche, molle, se laissant facilement déprimer. Mais parfois la peau est rouge, tendue, luisante, douloureuse ; chez notre enfant, en effet, ces caractères peu intenses se manifestaient du côté du cou. On comprend facilement que l'air existant dans le tissu cellulaire sous-cutané soit une cause d'irritation des téguments, et surtout quand c'est un air plus ou moins pur comme celui d'une salle d'hôpital, air qui, en outre, avant d'arriver dans les tissus, a

passé à travers les bronches, les alvéoles pulmonaires, où il a rencontré des parties malades, des lésions de tuberculose, et a pu entraîner des particules septiques, naturellement existant à l'inflammation. Toutefois, je n'ai vu signalé nulle part de phlegmon proprement dit ; il est vrai que les malades vivent peu de temps, que la guérison est très rare et que la mort arrive avant que la phlegmasie puisse se développer.

En deuxième lieu, le tissu cellulaire est très tendu, et semble être le siège de véritables poches d'air. Il y a une certaine difficulté à savoir si elles existent véritablement; mais dans notre cas la ponction nous a fait résoudre le problème. Ozanam et N. Guyot mentionnent dans leurs observations des collections d'air nettement formées. En faisant la ponction, lorsque j'enfonçai le trocart, je sentis parfaitement que je ne l'introduisais pas dans une poche, mais dans un tissu cellulaire infiltré. L'autopsie, du reste, a prouvé que telle était la lésion.

Dans quelques cas, certains observateurs ont pu analyser l'air contenu dans le tissu sous-cutané. D'après Ozanam, cité dans la thèse de Roux, l'azote est en plus grande quantité que dans l'air atmosphérique, l'acide carbonique est très abondant, l'oxygène est très réduit, et on trouve un peu d'hydrogène sulfuré. On peut rapprocher cette analyse de celle de l'air contenu dans les pneumothorax et surtout dans les pneumothorax fermés. Ici aussi on voit l'oxygène diminuer, et l'on comprend combien nos tissus le résorbent, ayant une grande affinité pour ce gaz ; et ce sont non seulement les globules du sang qui se combinent à lui et en sont avides, mais encore les cellules fixes musculaires et du tissu conjonctif.

Le point de rupture donnant naissance à l'épanchement gazeux généralisé peut être le poumon, les bronches, comme chez notre enfant, où parfois le pharynx, le larynx, la trachée, une caverne pulmonaire, l'intestin même ; en effet, on a vu un cas de perforation du cœur être l'origine d'un emphysème généralisé.

Lorsque l'emphysème prend son origine dans le poumon, quelle que soit la cause, elle ne peut suivre que les voies sui-

vantes : ou par communication directe entre le tissu sous-cutané et le poumon, à la suite d'adhérences et d'ulcérations de la plèvre ; ou par adhérence du poumon avec la plèvre médiastine, et communication directe entre l'air de l'organe respiratoire et le tissu cellulaire du médiastin ; en troisième lieu, par infiltration du tissu cellulaire du poumon, tissu interlobulaire, puis sous-pleural, médiastinique. De là l'air remonte vers le cou ; parfois il peut gagner les régions vasculaires, suivre les carotides et monter jusqu'à l'encéphale ; on l'a rencontré jusque sous l'arachnoïde. En somme, il suit deux chemins différents pour arriver au médiastin, ou une voie directe, ou une voie indirecte, cheminant le long des lymphatiques du poumon.

Quel est le pronostic de cette affection ? La guérison est-elle possible? Notre petite malade a succombé, et c'est le cas le plus fréquent. Mais on a signalé des cas de guérison. Roger en cite un dans un cas d'emphysème ayant occupé tout le tissu cellulaire sous-cutané, sauf au niveau de la paume des mains et au niveau du nez. Le gaz atmosphérique s'est résorbé dans le tissu cellulaire ; ordinairement, à la suite, ne se développent pas d'abcès. Le pronostic n'est pas en soi extrêmement grave, il dépend de la lésion primitive, causale. Notre malade était certainement inguérissable.

L'infiltration progressive de l'air dans les espaces lymphatiques du poumon, dans le médiastin, a entraîné l'asphyxie.

Je viens, Messieurs, de vous exposer un cas intéressant, mais c'est une curiosité dont la clinique profite peu.

Les deux malades que je vous demande la permission de vous exposer sont tous deux atteints d'emphysème, mais d'emphysème pulmonaire pur et simple ; et c'est par là que leur histoire se rattache à l'étude précédente.

Il s'agit d'abord d'un enfant qui est actuellement un grand garçon de 16 ans, et que j'ai observé il y a deux ans. C'est le fils d'un confrère, un de nos anciens camarades. Cet enfant avait un emphysème pulmonaire dont il souffrait depuis l'âge de 4 ans. A cette époque, il eut une coqueluche terrible qui

dura dix-huit mois. Cette affection, grave par ses symptômes, fut traitée énergiquement par le père de l'enfant. L'affection résista, et il lui resta une toux incessante avec accès de suffocation. En effet, depuis l'âge de 4 ans, de temps en temps il était pris la nuit de ces accès. Le tableau clinique de ces accès de suffocation répondait à celui qu'a si bien retracé Trousseau. L'enfant s'asseyait sur son lit, faisait des efforts violents d'inspiration, c'était bien la crise d'asthme ou d'emphysème avec tous ses symptômes douloureux et effrayants pour les siens. Dans la journée, la dyspnée disparaissait en partie, mais revenait la nuit. Lorsque cet état de crise cessait, il restait au malade une situation acceptable, mais il gardait toujours un léger emphysème. Son père échouait contre ces crises terrifiantes. L'enfant allait mieux depuis quelques années, lorsqu'en 1879 il alla à la campagne chez une de ses tantes, à une quinzaine de kilomètres du lieu d'habitation de son père. Une nuit, il fut brusquement pris d'un accès de suffocation. La voix était éteinte et l'enfant éprouvait une dyspnée extrême. Depuis deux jours environ il était souffrant. Un confrère appelé en toute hâte porta le diagnostic du croup, envoya une exprès au père de l'enfant, le faisant demander en toute instance, et le prévenant qu'il allait faire la trachéotomie. Le père accourut et reconnut les symptômes de l'affection qu'il avait déjà observée chez son fils. Le confrère, effrayé, avait donc fait une grave erreur de diagnostic. Cette erreur peut être, en effet, très préjudiciable, et il faut que le médecin connaisse la marche de la maladie. Ces crises se ressemblent toujours; elles sont caractérisées par des accès solennels que nous avons déjà résumés. Mais cet accès n'est qu'un épisode dans la maladie. Notre enfant, ordinairement pendant environ deux mois, toussait un peu, il avait l'haleine courte, ne causait pas très longtemps, pas aussi bien que ses camarades.

Puis, sous une influence inconnue, il se mettait à tousser davantage, la respiration devenait difficile. L'auscultation dénotait des râles sibilants dans toute la poitrine. C'était la pré-

paration de la crise. L'accès ne se développait pas brusquement, il était préparé par cinq ou six jours de crise. Dans ces affections, les malades se rendent compte de l'approche de l'accès, aussi faut-il les interroger dans ce sens, et surtout les enfants, qu'il faut presser de questions. Une fois l'accès éclaté, il revient plusieurs jours, plutôt plusieurs nuits de suite pendant des semaines, parfois des mois. Quelquefois le malade reste dans un état incessant de suffocation, comme je l'ai observé chez le fils d'un général russe, qu'on ne parvenait à calmer que par des injections de morphine; ces injections lui donnaient un peu de calme pour quelques heures. L'accès n'est donc pas réellement subit, il a toujours une préparation, et notre confrère n'était pas initié à cette affection; sans cela il n'eût pas fait cette erreur de diagnostic. Le plus souvent la crise dure une semaine, puis apparaît la troisième phase. Le malade tousse, crache; on trouve à l'auscultation de la sibilance, c'est le signe d'un soulagement, le signal de la guérison de la crise.

Ce qu'on appelle donc une crise d'asthme dure un certain temps; l'accès d'asthme n'est que le milieu de la crise.

Quel traitement apporterons-nous à cette affection? Au moment de l'accès, on soulagera bien le malade au moyen de cigarettes de datura, avec des injections hypodermiques de morphine, enfin avec des inspirations d'iodure d'éthyle. Mais le vrai traitement consiste à prévenir l'accès; c'est le traitement de la maladie. Il consiste dans l'administration des iodures et des arsenicaux. Soigné ainsi, notre malade a guéri en deux ans.

Comme traitement ioduré, on peut, par exemple, formuler une potion dans laquelle on mettra :

Iodure de sodium...............		2 grammes
Sirop de morphine..	...... āā	60 —
Sirop de belladone...		
Eau...........................		150 —

Une cuillerée à soupe d'abord, puis deux cuillerées par jour immédiatement avant le repas.

Dans la belle saison on enverra le malade au Mont-Dore, en faisant continuer le traitement ioduré. On obtiendra ainsi une guérison complète au moyen de cette eau arsenicale, bien donnée sous toutes les formes, dans cette station où le service thermal est fort bien organisé. Notre malade présentait, quand je le vis pour la première fois, de la voussure de la paroi thoracique, tous les signes physiques de l'asthme et de l'emphysème. Toutes ses vésicules pulmonaires étaient certainement dilatées. Depuis tout s'est réparé à merveille. Actuellement l'auscultation révèle une respiration physiologique.

En résumé, voici un enfant atteint de coqueluche à 4 ans, gardant un emphysème pulmonaire avec accès d'asthme, gêne réelle pour la vie, ayant une maladie grave, non seulement sous ce rapport, mais en outre parce qu'elle a pu, par suite d'une fatale méprise, le mettre à deux doigts du bistouri. Voilà, dis-je, un enfant guéri radicalement par les arséniates et les iodures.

A côté de ce second emphysème bien net, se manifestant par tous ses accidents si violents, existent des emphysèmes pulmonaires qui restent généralement méconnus. Au n° 14 de la salle Sainte-Geneviève est une fillette chez laquelle j'ai reconnu hier en l'examinant de l'emphysème du poumon droit. Cette enfant a de la bronchite depuis l'âge de 4 ans. Dans la partie inférieure du poumon droit, on trouve des signes de broncho-pneumonie sans doute tuberculeux. Au sommet, à la percussion, on trouve de la sonorité creuse exagérée, basse, très nette. En ce point il y a de la diminution des vibrations vocales, et le murmure respiratoire est diminué avec expiration soufflante.

La tuberculose seule ne pourrait expliquer ce tympanisme avec diminution des vibrations thoraciques ; il faut admettre la présence de l'emphysème. Or, nous trouvons des signes de broncho-pneumonie tuberculeuse, caractérisée à la base par du souffle ; c'est donc de l'emphysème vicariant.

Dans cette étude, il faut donc distinguer trois choses bien différentes : premièrement des accidents curieux d'emphysème

sous-pleural, médiastinique et sous-cutané. En second lieu, un état pathologique complexe d'emphysème avec bronchite, phénomène asthmatique, donc élément nerveux. Enfin, un emphysème, complément habituel d'une lésion de voisinage, siégeant à la base, quand le sommet est atteint, occupant le sommet lorsque c'est la base qui est malade.

Hôpital des Enfants-Malades.—Service de M. le Dr de Saint-Germain.

DES VÉGÉTATIONS DE L'OMBILIC
CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Par E. Broussolle, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il n'est pas rare de rencontrer chez des enfants nouveau-nés des petites végétations de l'ombilic dont le début remonte à quelques jours après la naissance, offrant l'apparence de petits bourgeons charnus et disparaissant sans récidive après l'ablation.

Ayant eu l'occasion d'en observer cinq cas en très peu de temps à la consultation de chirurgie, à l'Hôpital des Enfants-Malades, nous avons cherché à retracer l'histoire de ces tumeurs.

Historique, synonimie.— Nous en trouvons la première mention dans un article de Dugès, qui leur donne le nom de fongus de l'ombilic des nouveau-nés (1).

Depuis, cette affection a reçu les dénominations les plus diverses, suivant l'interprétation qu'on en a donnée ou la différence d'aspect qu'elle peut fournir :

---

(1) Dugès. *Dictionnaire de médecine en 15 volumes*, 1834, t. XII, p. 159.

Excroissance fongueuse de l'ombilic, Nélaton (1), puis Condie (2).

Excroissance de l'ombilic, Cooper Forster (3).

Bourgeonnement de l'ombilic, Depaul (4).

Granulome de l'ombilic, Virchow (5), Nicaise, *Dict. de Dechambre* (6).

Tumeur verruqueuse de l'ombilic, Holmes (7).

Végétation ombilicale, Guersant (8).

Fongosités de la région ombilicale, Descroizilles (9).

Petits polypes vasculaires de l'ombilic, Owen (10).

Steiner (11) et Marduel (12) conservent la dénomination de fongus de l'ombilic donnée par Dugès.

Nous citerons enfin deux articles importants au point de vue de l'histoire anatomique de ces tumeurs :

Chandelux. *De l'adénome et du granulome de l'ombilic chez les enfants* (13).

Lannelongue et Frémont. *De quelques variétés congénitales de l'ombilic et spécialement des tumeurs adénoïdes diverticulaires* (14).

---

(1) Nélaton. *Pathologie chirurgicale,* 1re édition, t. III, p. 528.

(2) Condie. *A practical treatise on the diseases of the children.* Philadelphie, 1858, p. 698.

(3) Cooper Forster. *Surgical diseases of children.* London, 1860, p. 106. (Avec une planche.)

(4) Depaul. *Dictionn. de Dechambre,* art. NOUVEAU-NÉS, t. XIII, série 2, p. 549.

(5) Virchow. *Traité des tumeurs,* trad. française, I, II.

(6) Nicaise. *Dict. de Dechambre,* art. OMBILIC, t. XV, série 2, p. 177.

(7) Holmes. *Thérapeutique des affections chirurgicales des enfants,* traduction française de Larcher, p. 241.

(8) Guersant. *Notice sur la chirurgie des enfants,* p. 368.

(9) Descroizilles. *Manuel de pathologie infantile,* p. 73.

(10) Owen. *The surgical diseases of children.* Londres, 1885, p. 257.

(11) Steiner. *Compendium des maladies des enfants,* traduction, p. 492.

(12) Marduel. *Dict. Jaccoud,* art. OMBILIC, p. 492.

(13) Chandelux. *Arch. de physiologie,* 1881.

(14) Lannelongue et Frémont. *Arch. de médecine,* janvier 1884, p. 36.

Dans le cours de notre description, nous emploierons la dénomination de végétation ou celle de granulome, qui sont les deux plus usitées.

Ces tumeurs ne sont pas rares; en l'espace de quatre mois nous en avons observé cinq cas. Guersant et Holmes les ont rencontrées fréquemment, et Dugès les considérait comme une affection « peu connue, bien qu'assez fréquente. »

On les rencontre chez les nouveau-nés dans les premières semaines qui suivent la naissance (Guersant), du deuxième au quatorzième jour; ce qui constitue déjà un caractère d'une grande importance. Ce ne sont pas des tumeurs congénitales, mais des tumeurs acquises.

Le début, l'époque d'apparition de ces végétations est variable, mais dans des limites assez restreintes; elles aparaissent pendant la chute du cordon mais surtout immédiatement après.

L'influence du mode de ligature du cordon ne paraît pas être bien grande sur leur développement, et nous n'avons trouvé mentionnée aucune particularité à ce sujet, ni dans nos cinq observations, ni dans trois cas rapportés dans le mémoire de Lannelongue.

De ce que ces tumeurs débutent dans les premiers jours qui suivent la naissance, il ne s'ensuit nullement que ce soit à cette période qu'on les rencontre le plus fréquemment. La plupart du temps on présente des enfants à une époque beaucoup plus tardive, parce que l'attention n'est pas éveillée sur cette petite excroissance si minime au début.

Quelquefois on se méprend sur la nature de la tumeur et ce n'est que plus tard qu'on tend à y porter remède.

Aussi est-ce plutôt dans les premiers mois de la vie qu'on a à observer ces végétations, de 2 à 4 et même 7 mois (Cooper Forster).

Leur fréquence est à peu près la même dans les deux sexes; nous en avons vu 4 cas chez des garçons pour 1 chez une fille, tandis que Lannelongue cite 3 cas dont 2 chez des petites

filles, ce qui rétablit la proportion, eu égard au petit nombre de cas où le sexe a été spécifié.

Dans certains cas, ces végétations coexistent avec des hernies congénitales, mais la hernie se rencontre de préférence dans d'autres tumeurs elle-mêmes congénitales (kystes sébacés, adénomes).

Les végétations sont le plus souvent uniques; cependant, Depaul en aurait observé plusieurs sur le même sujet.

Leur volume est assez variable, il dépend de l'ancienneté de la tumeur, mais on doit savoir que leur développement n'est pas uniforme, car l'accroissement est beaucoup plus rapide au début; en quelques jours, ils atteignent un volume assez grand pour ne s'accroître que lentement les semaines suivantes.

L'apparence la plus ordinaire est celle d'une petite excroissance de couleur rouge tranchant avec la coloration des téguments voisins

L'aspect est ordinairement luisant, brillant, comme humide; la surface, tantôt lisse et unie et peut-être plus souvent ridée, sillonnée et comme mamelonbée. Elle rappelle à s'y méprendre l'aspect d'un bourgeon charnu de bonne nature.

Leur forme varie peu : elle est arrondie ou cylindroïde, de là les comparaisons avec un grain de blé, une cerise, une petite fraise ; lorsque la tumeur est plus étendue en longueur, elle affecte la forme d'un petit cylindre de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de hauteur sur une base un peu moins large.

D'autres fois on peut mieux les comparer à un tubercule ou à une papille (Holmes), à un mamelon ou à un polype (Guersant, Owen).

Depaul en distinguait deux variétés : la première s'offrant sous l'apparence d'un point rougeâtre au niveau d'une ulcération, la deuxième constituée par une petite pyramide à base adhérente.

Deux caractères importants sont tirés de l'irréductibilité des granulomes et de leur consistance spéciale.

Il n'est pas possible de faire disparaître en entier le granu-

lome par la pression digitale; s'il est de petit volume, on parvient à l'enfoncer dans le bourrelet ombilical; mais, lorsqu'on déprime les bords de l'orifice, la tumeur réapparaît avec son volume primitif.

La consistance des granulomes est molle, elle donne la sensation particulière aux tissus fongueux qui se laissent déprimer et aplatir facilement.

Nous avons décrit les caractères habituels de la partie accessible à la vue des végétations; il faut maintenant étudier leur mode d'implantation, c'est-à-dire leur base et les rapports qu'elle affecte avec la région.

La base des végétations est quelquefois de même largeur que le reste de la tumeur; mais plus souvent elle présente comme un étranglement, il existe un petit pédicule facile à apercevoir en déplissant le bourrelet ombilical. Alors on peut préciser le mode d'implantation qui est sur les côtés, et la plupart du temps sur la moitié inférieure de la cicatrice ombilicale, non point en son milieu, mais sur ses bords. Cette partie resserrée ne se continue pas directement avec la peau, il existe un sillon plus ou moins profond, mais toujours assez net, où les caractères du derme cessent brusquement; à la teinte blanche des téguments fait suite la coloration rosée ou rouge de la végétation.

Il n'a pas été question, dans la description du sommet de la tumeur, de la partie la plus saillante la plus exposée; c'est que dans la majorité des cas, il n'y a pas de tendance à l'ulcération, pas de tendance à l'hémorrhagie, et que les caractères de coloration et d'aspect sont identiques dans ce point à ceux du reste de la tumeur.

Nous verrons que ces caractères négatifs ont leur importance au moment du diagnostic.

Ces tumeurs s'accompagnent presque toujours de la production d'une sérosité sanguinolente, d'un liquide visqueux ou d'un exsudat purulent d'abondance variable. On peut se demander si ce n'est pas cette sécrétion plus abondante que de coutume qui favorise la production des granulomes, et si ces

tumeurs ne sont pas plutôt l'effet que la cause de l'écoulement. C'est ce que nous discuterons lorsque nous nous occuperons de leur pathogénie.

La présence de cet écoulement, qui attire l'attention dès le début, ne tarde pas à déterminer une petite excoriation de la partie extérieure du bourrelet ombilical et cette ulcération, dans un cas cité par Forster chez un enfant de un an et demi, atteignait des dimensions assez grandes; il est vrai d'ajouter que cette tumeur de date ancienne, puisqu'elle était apparue à la naissance, avait acquis un poids et un volume considérables.

Ce liquide offre souvent ce caractère de tacher les linges en jaune (Lannelongue, obs. IV et VI), particularité qu'on ne retrouve pas dans les autres tumeurs. Dans certaines circonstances, la végétation est plus vasculaire et les tumeurs de cette nature offrent deux caractères signalés par plusieurs auteurs : d'une part, la teinte plus rouge au moment où l'enfant pousse des cris; d'autre part, la facilité des hémorrhagies. Cette variété que Virchow range dans les fongus granulants, ne doit pas être confondue avec les nævi de l'ombilic qui sont congénitaux.

De la vascularité de certaines végétations dépend cet aspect spécial qui les a fait comparer par Forster à une petite hémorrhoïde allongée.

Les accidents locaux de ces tumeurs sont minimes. Citons seulement l'abondance de l'écoulement, le suintement hémorrhagique, mais rarement de véritables hémorrhagies.

Elles n'occasionnent pas de douleur et les cris des enfants ne sont dus dans bien des cas qu'à l'irritation de la tumeur par les froissements qu'elle subit; si certains auteurs ont cité des hémorrhagies et l'inflammation comme complication de ces tumeurs, il faut demander s'ils n'ont pas eu en vue d'autres tumeurs des nouveau-nés et principalement les tumeurs adénoïdes congénitales. C'est ainsi que Holmes range dans ces tumeurs une observation dans laquelle la tumeur verruqueuse est parcourue dans une courte étendue par un petit canal.

Ces trois symptômes : ulcération, hémorrhagie, présence d'un canal dans l'intérieur de la tumeur, n'appartiennent nullement aux végétations acquises de l'ombilic.

Marche. — Ces tumeurs s'accroissent avec rapidité dans les premiers jours et les premières semaines et elles atteignent bientôt le volume d'un pois, d'une lentille, d'une petite fraise.

Ce développement a lieu par des bourgeons successifs, ce qui donne à la tumeur un aspect lobulé et mamelonné. Le granulome peut ainsi s'accroître lentement pendant des semaines et des mois, sans tendance à diminuer ni à s'atrophier.

Cependant quelques auteurs (Guersant, Steiner, Descroizilles), pensent que dans certains cas le granulome tombe avec le temps. Le plus souvent il est nécessaire d'intervenir. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il survient des récidives. Steiner dit avoir observé un cas dans lequel le moignon granuleux reparut à la suite d'ablations répétées et persista jusqu'à la quatrième année.

Pathogénie. — Voici comment Dugès expliquait la formation de ces tumeurs: « Comme toute partie mortifiée, le cordon om-
« bilical se détache par une ulcération de la peau à laquelle il
« a si longtemps adhéré et cette ulcération fournit à peine, la
« plupart du temps et durant la première journée, une goutte
« de sérosité purulente. Chez quelques enfants elle dure deux
« ou trois jours et, chez d'autres elle donne naissance à des
« fongosités qui, baignées dans le pus que le repli cutané re-
« tient autour d'elles, ne tardent pas à s'accroître. »

Cette opinion, fondée sur une théorie erronée du mécanisme de la chute du cordon, est admise par Nélaton.

Guersant dit que cette tumeur « n'est pas autre chose qu'un
« bourgeon charnu qui a pris l'aspect d'un polype. »

Il nous paraît prématuré de rechercher la cause de l'apparition en cette région des tumeurs (myxomes, papillomes), lorsque nous ignorons quelles sont les causes de leur développe-

ment dans tout autre point de l'organisme. Nous nous bornons à constater le fait de la fréquence de leur existence au niveau de la cicatrice ombilicale, au moment où vient de se terminer le travail de séparation du cordon et de ses divers éléments.

Diagnostic. — Le diagnostic des végétations de l'ombilic ne présente pas de difficultés, si on se borne à les différencier des autres tumeurs de la région. Il n'en est plus de même si on veut spécifier la variété anatomique de chacune d'elles. C'est à l'examen microscopique qu'il faut demander la solution de la seconde partie du problème.

Nous n'aurons d'abord en vue que le diagnostic clinique qui doit être fait avec la hernie ombilicale, les kystes, les tumeurs vasculaires et les adénomes.

Il suffit d'avoir vu un cas de végétation de l'ombilic, ou même d'être prévenu de leur existence, pour ne pas prendre cette affection pour une hernie. C'est pourtant sous cette dénomination que la maladie est la plupart du temps qualifiée par les parents lorsqu'ils viennent consulter le médecin. Le petit volume, la coloration rosée et l'irréductibilité sont des caractères suffisants pour distinguer la végétation de la hernie.

On a rencontré à l'ombilic des kystes sébacées (obs. VII de Lannelongue), mais l'aspect particulier de ces petites tumeurs liquides recouvertes par la peau est bien caractéristique.

Les nævus de la région ombilicale sont moins saillants ; ils dépassent ordinairement le bourrelet, leur couleur est plus foncée, ils sont turgescents, leur coloration s'accroît par les cris de l'enfant et disparaît momentanément à la pression du doigt.

Nous éliminons de suite les tumeurs stercorales ou urinaires de cette région qui sont toujours congénitales, beaucoup plus molles et réductibles, pour en arriver aux tumeurs adénoïdes diverticulaires dont la ressemblance est très grande avec les végétations.

Un double caractère les distingue déjà : les tumeurs adénoïdes sont beaucoup plus rares et elles datent de la naissance,

tandis que les végétations sont presque communes et n'apparaissent que plus tard, au moment ou après la chute du cordon.

De plus leur aspect n'est pas le même : la tumeur adénoïde est moins molle, plus élastique, elle n'a pas cet aspect granuleux, fongoïde des végétations. Enfin, elles ne s'accompagnent jamais d'un écoulement séro-purulent abondant qui tache les linges en jaune ; à peine laissent-elles suinter un peu de liquide muqueux.

L'abondance de l'écoulement de pus dans les cas de végétations est tellement spécial à ce genre de tumeurs, que l'on doit se demander si la présence de ce pus n'entre pas pour une grande part dans leur apparition.

Avant de tracer les caractères anatomiques des végétations, nous allons citer deux de nos observations de végétations ombilicales. Nous les avons recueillies dans le service de notre excellent maître, M. de Saint-Germain, avec l'aide de notre ami et collègue Didier. Nous ne donnerons pas les trois autres cas que nous avons observés ; la ressemblance clinique était absolue, mais l'examen histologique n'ayant pas été pratiqué, nous ne pouvons présumer de la structure de ces tumeurs.

Nous avons emprunté pour notre description les observations de granulomes, cités par les auteurs et en particulier les trois cas du mémoire de MM. Lannelongue et Frémont.

Observation I. *Végétation de l'ombilic.* (*Papillome.*) — B..., 2 mois. Le cordon a été lié par un médecin sans aucune particularité. La chute du cordon a eu lieu au bout de sept jours. L'enfant avait 15 jours quand la mère a remarqué une suppuration à l'ombilic et l'apparition d'une petite tumeur.

L'écoulement purulent a continué depuis cette époque; la petite tumeur, grosse aujourd'hui comme un gros pois, était, paraît-il, plus saillante il y a quelques jours; elle tendrait à diminuer.

Petite saillie rouge pâle, de 1 demi-centimètre de diamètre en tous sens, irréductible, dont la base offre une petite ulcération. On l'enlève avec un fil.

L'examen histologique, que nous devons à notre ami Albarran, a donné les résultats suivants :

La tumeur est un papillome; elle est formée par un tissu conjonctif jeune, peu organisé, dans lequel on trouve quelques faisceaux conjonctifs minces et une grande quantité d'éléments cellulaires arrondis, à gros noyau, entouré d'une mince couche de protoplasma granuleux.

Il existe de nombreux vaisseaux de petit calibre : les uns sont des capillaires assez larges, dont la paroi est formée de cellules endothéliales tuméfiées ; les autres, plus volumineux, ont une lumière étroite limitée par une paroi formée de plusieurs couches concentriques de cellules aplaties fusiformes à la coupe.

Coiffant cette partie centrale, la recouvrant de toutes parts en envoyant des prolongements plus ou moins longs et réguliers dans le tissu conjonctif, de manière à limiter de longues papilles, on voit un revêtement épithélial pavimenteux stratifié tout à fait analogue à celui de la peau.

Il s'agit ici d'un papillome à stroma embryonnaire.

Observation II. *Végétation de l'ombilic.* — P... (Henri), âgé de 2 mois, est amené le jeudi 20 mai pour être opéré d'une tumeur de l'ombilic.

Enfant né à terme, la ligature a été faite par une sage-femme, le cordon est tombé au bout de cinq jours. Ce n'est que trois ou quatre jours après, c'est-à-dire vers le 8e et 9e jour après la naissance, que la mère s'est aperçue d'une petite tumeur de l'ombilic et surtout de l'apparition d'un écoulement plus abondant à ce niveau. Cette sécrétion, d'aspect purulent, augmentait en quantité en même temps que la tumeur. Celle-ci, d'abord grosse comme une tête d'épingle, puis comme un pois, est arrivée à dépasser un peu ce volume et à s'allonger. Son développement est arrêté depuis trois semaines. Pas de troubles de la santé.

État actuel : A la partie inférieure de la dépression ombilicale, existe une saillie rouge, cylindrique, de 1 centimètre de large sur 1 centimètre et demi de longueur ; son aspect est grenu et sillonné de dépressions.

Elle ne disparaît pas à la pression, est irréductible, et n'augmente pas les cris de l'enfant. Sa consistance est souple et mollasse.

La partie inférieure est tachée de pus, et son axe d'implantation est baigné dans une petite quantité de liquide de même nature.

Ablation par section du pédicule avec un fil.

Examen histologique fait par notre ami et collègue Albarran au laboratoire d'histologie du Collège de France. — La tumeur est formée de deux lobes d'inégale grandeur et de structure analogue.

Des faisceaux et des fibrilles de tissu conjonctif s'entrecroisent assez régulièrement, de façon à limiter de larges alvéoles dans lesquels sont contenus les éléments cellulaires. Ceux-ci, très abondants par rapport au stroma fibrillaire, sont des cellules embryonnaires à noyaux plongées dans une substance intercellulaire granuleuse très abondante par places.

Vers la périphérie de la tumeur, ce tissu conjonctif devient plus dense et c'est une bande de ce tissu plus ferme qui divise la tumeur en deux lobes.

On est frappé de la quantité considérable de petits vaisseaux sanguins contenus dans cette tumeur. Quelques-uns sont de véritables capillaires embryonnaires ; la plupart ont une épaisse paroi formée de cellules jeunes en cercles concentriques et on en voit qui sont totalement oblitérées par la prolifération de leur paroi.

Le tiers environ de la circonférence de la tumeur est recouvert d'un revêtement épithélial stratifié.

Cette tumeur est assez difficile à classer : embryonnaire par ses organisations ; se rapprochant du tissu muqueux par la substance intercellulaire, elle diffère des myômes et par la forme arrondie de ses cellules et par la disposition alvéolaire des fibrilles conjonctives. Cette dernière particularité la rapproche plutôt des sarcomes alvéolaires de Billroth.

Nous avons pu constater aisément dans ces deux cas, sur les préparations de notre ami Albarran, la richesse de ces tumeurs en tissu embryonnaire, l'abondance des fibres de tissu conjonctif et la grande quantité de vaisseaux de nouvelle formation.

Les végétations de l'ombilic offrent, au point de vue histologique, plusieurs variétés ; il n'est donc pas étonnant qu'on leur ait donné différentes dénominations et qu'on y ait fait

rentrer tour à tour les myômes, les sarcomes, les granulomes et les papillomes.

Le fait est que chacune de ces tumeurs a été rencontrée et que, dans bien des cas, les végétations offrent des types mixtes selon la prédominance de tel ou tel élément anatomique.

Virchow croit que « ces tumeurs sont moins des angiomes que des myxosarcomes télangiectasiques ». Notre seconde observation répond parfaitement à cette hypothèse, tandis que la première se rapporte à un cas de papillome.

Nous avons tenu à conserver le nom de végétations de l'ombilic qui comprend ces diverses variétés, d'aspect clinique identique, afin d'en faciliter l'étude et de pouvoir les distinguer des tumeurs congénitales de cette région à structure toute spéciale, comme nous allons le voir.

Mais un caractère commun à ces végétations est leur richesse en tissu embryonnaire et en vaisseaux de nouvelle formation dont quelques-uns sont le siège d'endartérites.

Ces particularités peuvent peut-être s'expliquer lorsqu'on songe que la chute du cordon ombilical et l'oblitération des artères n'a pas lieu par un travail d'ulcération, mais par un travail spécial qui s'accompagne dans les artères d'une prolifération cellulaire de leur tunique moyenne.

Comme ce n'est qu'après l'examen histologique qu'on sera renseigné sur la véritable structure de ces végétations, nous devons donner les caractères des tumeurs qui leur ressemblent le plus : les tumeurs adénoïdes dont nous avons vu tout à l'heure les caractères cliniques.

Les tumeurs adénoïdes ont une structure toute différente, leur tissu est « celui d'une paroi de l'intestin ayant subi de « profondes modifications, les papilles et surtout les glandes « s'y montrent en nombre et en proportions gigantesques, les « diverses couches sont altérées. »

Il suffit de jeter les yeux sur les planches qui accompagnent le mémoire de Lannelongue et Frémont pour se faire une idée de la structure spéciale de ces tumeurs congénitales dues à une hernie d'un diverticule intestinal.

Le traitement de ces végétations est des plus simples. On a essayé des cautérisations avec le nitrate d'argent, les applications de perchlorure de fer, de sulfure de zinc ou de poudre de calomel. Mais la lenteur de ces moyens, qui cependant ont suffi dans certains cas, les a fait abandonner. On a mis alors en usage la ligature du pédicule avec un fil qu'on laisse en place, la tumeur se fléchit et tombe d'elle-même en quelques jours. Holmes procédait ainsi, et dans deux cas qu'il rapporte, la section était complète en trente-quatre heures.

Il nous paraît préférable et plus expéditif d'opérer la section en une seule fois et cette section peut se faire de deux façons, ou bien avec des ciseaux, comme le professeur Lannelongue, ou bien d'après le procédé de notre maître M. de Saint-Germain, en opérant de la façon suivante :

On passe autour de la base de la tumeur un fil de soie trempé dans l'eau phéniquée ; le fil est conduit aussi profondément que possible, et ce résultat est obtenu en faisant attirer au dehors avec une pince la tumeur, pendant qu'on déprime le bourrelet ombilical. Le pédicule est fortement serré par le nœud du fil, on attend quelques instants et on imprime une légère traction qui suffit pour détacher la tumeur et même il arrive que la constriction rude donne ce résultat. C'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang. Le pansement consiste en une rondelle d'amadou maintenu par deux bandelettes de diachylon qui se croisent sur la région ombilicale. Au bout de sept jours, ces bandelettes sont enlevées et la cicatrisation est complète. Dans aucun des cinq cas que nous avons observés cette année, il n'y a eu la moindre difficulté ni complication.

M. de Saint-Germain ne cautérise pas la surface de section au crayon de nitrate d'argent, comme le font beaucoup d'opérateurs ; dans ce procédé, la section se faisant par écrasement, est moins nette et il n'y a pas tendance à l'hémorrhagie, toujours à éviter chez les nouveau-nés.

Le seul point délicat et un peu difficile de ce procédé est la profondeur du pédicule. Aussi Dugès conseillait-il de faire

une première ligature pour attirer le fongus au dehors et placer plus convenablement le second fil destiné à enserrer le pédicule.

Nous sommes loin, avec ces procédés si simples, d'avoir besoin d'instruments spéciaux, comme par exemple des ciseaux de Cooper, que conseille Steiner, pour exciser ces tumeurs.

REVUES DIVERSES

I. — Analyses et extraits divers.

Ueber cerebrale Kinderlæhmung, Hemiplegia cerebralis spastica (Heine), **Poliencephalitis acuta** (Strumpell). (**De la paralysie infantile cérébrale, hémiplégie cérébrale spastique, poliencéphalite aiguë**), par H. Ranke. (***Müncher medecinische Wochenschrift***, 1886, nos 17 et 18.)

L'auteur résume, dans le tableau suivant, le diagnostic différentiel entre les paralysies spinales et celles qui sont d'origine cérébrale :

PARALYSIE SPINALE.	PARALYSIE CÉRÉBRALE.
1° *Stade initial.*	
Fièvre vive, convulsions, parfois perte de connaissance; cependant chacun de ces symptômes peut manquer, et en général le stade entier peut être peu marqué.	Mêmes symptômes, cependant le stade initial est le plus fréquemment peu net.
2° *Age.*	
Début de la paralysie, principalement entre 1 à 4 ans; rarement plus tard.	Comme dans la paralysie spinale, cependant on observe assez souvent la paralysie cérébrale immédiatement après la naissance.
3° *Forme de la paralysie.*	
Le plus fréquemment mono-	L'hémiplégie est la plus fré-

plégie; puis paraplégie, exceptionnellement hémiplégie.	quente; puis vient la monoplégie, la paraplégie est exceptionnelle.

4° *Nature de la paralysie.*

Molle; les contractures sont tardives.	Spastique; dès le début de la paralysie, contractures et tensions musculaires plus ou moins intenses.

5° *Etat électrique des muscles paralysés et des nerfs.*

Excitabilité faradique notablement diminuée; réaction électrique de dégénérescence.	Excitabilité faradique conservée ; aucune trace de réaction de dégénérescence.

6° *Sensibilité.*

Pas modifiée.	A peine modifiée.

7° *Réflexes tendineux au niveau des membres paralysés.*

Abolis.	Conservés, fréquemment exagérés.

8° *Température des membres paralysés.*

Essentiellement diminuée.	Tout au plus faiblement abaissée.

9° *Coloration des membres paralysés.*

Plus ou moins livide.	Le plus souvent nullement modifiée.

10° *Arrêt de croissance.*

Très net.	Le plus souvent très net et particulièrement au niveau des extrémités supérieures.

11° *Troubles moteurs dans les membres paralysés.*

Nuls.	Fréquemment athétose des doigts, parfois épilepsie avec début des convulsions du côté malade.

12° Troubles de l'intelligence.

Nuls.	Assez fréquents.

13° Fonctions de la vessie et du gros intestin.

Normales.	Parfois plus ou moins troublées.

14° Contractures paralytiques consécutives.

Pied varus. — valgus. — calcanéen. — équin. Combinaison de ces diverses formes, fréquemment aussi incurvations paralytiques de la colonne vertébrale.	La seule difformité consiste en pied équin spastique avec contracture du genou, parfois aussi adduction de la cuisse. D'après Heine, absence constante des incurvations de la colonne vertébrale.

Ueber einen Mikroorganismus in den Geweben hereditär, syphilitischer Kinder (Sur la présence d'un microorganisme dans les tissus des enfants atteints de syphilis héréditaire), par Kassowitz et Hochsinger. (*Wiener medecinische Blätter*, 1886, n° 1, 2, 3.)

Kassowitz et Hochsinger ont recherché l'existence du bacille de la syphilis dans les différents organes de cinq enfants atteints de syphilis héréditaire. Ils ont trouvé chez tous ces malades, non seulement dans la peau, mais aussi dans le foie, le pancréas et le tissu osseux, un streptocoque spécial, disposé en chaînettes. Par contre, ils n'ont jamais rencontré les bâtonnets que Lustgarten a décrits dans les ulcérations primitives de la syphilis. Les microcoques de Kassowitz Hochsinger, se trouvent en grande abondance dans les capillaires de petit volume.

Ce qui les différencie d'autres organismes pathogènes, par exemple, des bacilles tuberculeux, c'est qu'ils ne pénètrent jamais dans les cellules mêmes (par exemple dans les globules sanguins, les cellules géantes, les myéloplaxes, etc.); on les trouve toujours en masses plus ou moins considérables autour de ces différentes cellules. En outre, les processus inflammatoires actifs constituent le milieu le plus favorable à leur développement; ils disparaissent en plus grand nombre dans les tissus nécrosés.

Behandlung der Diphtheritis mit Iodkalium (L'iodure de potassium dans le traitement de la diphthérie), par C. L. Stepp. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 9.)

Suivant l'auteur, l'iode, lorsqu'il est administré coup sur coup et par doses considérables, entrave bien mieux que les autres agents employés habituellement, l'évolution si rapide de la diphthérie.

L'iodure de potassium se dédouble rapidement dans l'organisme. L'iode mis en liberté, pénètre dans le sang, dans les glandes, dans les différentes humeurs de l'organisme, se combine de diverses manières avec les molécules albuminoïdes, vraisemblablement aussi avec les bactéries et rend finalement les milieux avec lesquels il se trouve en contact, peu favorables au développement des micro-organismes.

L'auteur communique un certain nombre d'observations de diphthérie grave guérie rapidement par l'iodure de potassium.

La dose d'iodure de potassium qui doit être administrée aux malades varie, suivant l'auteur, non seulement avec l'âge des malades, mais aussi avec la gravité de la diphthérie. Aux enfants âgés de 1 à 3 ans, on devra donner d'heure en heure une cuillerée à soupe d'une solution d'iodure de potassium à 2 et 4 pour 100. Chez les enfants plus âgés, la solution pourra être de 4 à 10 pour 100.

Plusieurs des malades, dont l'auteur retrace l'histoire, ont absorbé sans iodisme, sans troubles du côté de l'appareil digestif ou du système nerveux, 10, 20 et même 50 grammes d'iode dans le cours de leur maladie.

Zur Therapie der Rachendiphtherie. (Du traitement de la diphthérie du pharynx), par H. Heyder. (*Centralblatt für klinische Medicin*, 1886, n° 12.

Suivant l'auteur, l'action fâcheuse qu'exerce sur l'estomac le chlorate de potasse, pourrait être complètement neutralisée par l'administration concomitante de l'acide chlorhydrique. Dans ce but, il préconise la médication suivante : chlorate de potasse, 4 pour 100. Acide chlorhydrique dilué, 2 pour 100. Pour donner à ces mixtures une coloration différente, il ajoute à l'une du sirop simple, à l'autre du sirop de framboise. Jusqu'à l'expulsion des fausses membranes, il importe d'administrer toutes les heures, sans interruption, d'abord une dose variable suivant l'âge, de la solution de chlorate de potasse,

puis immédiatement après la même dose d'acide chlorhydrique dilué. Chez les enfants tout jeunes, la dose est d'une cuillerée à thé ; chez les enfants de 2 à 4 ans, une demi-cuillerée à bouche ; chez les plus âgés, une cuillerée à bouche. Si la fièvre est vive, enveloppements froids du cou ou même du corps entier, préconisés par Priessnitz.

Enfin, vins généreux, en quantité modérée pour maintenir l'activité cardiaque que le chlorate de potasse abaisse facilement.

Chez les adultes et les enfants âgés qui savent se gargariser, gargarisme avec une solution de sublimé, 1/3000e.

Ueber Secundärinfection bei Scharlach. (De l'infection secondaire dans la scarlatine), par A. Frænkel et A. Freudenberg. (*Centralblatt fur klinische Medicin*, 1885, n° 45; *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 24).

Trois enfants atteints de scarlatine succombèrent au moment où l'exanthème était à son apogée, en présentant des symptômes plus ou moins accentués au niveau de la région pharyngienne. Les auteurs parvinrent à constater dans différents organes la présence d'un grand nombre de streptocoques, présentant tous les caractères microscopiques et macroscopiques des streptocoques du pus, décrits par Rosenbach et des micrococques en chaînettes qu'on trouve constamment dans les processus puerpéraux. En outre, dans l'un des trois cas seulement, des colonies d'autres organismes s'étaient développées à côté des microcoques en chaînettes. Le nombre de ces micro-organismes était en rapport avec la gravité de la maladie ; c'est ainsi que là où l'on trouvait une simple angine folliculaire, ils étaient en petit nombre ; au contraire, leur abondance était considérable, lorsqu'il s'était produit des modifications diphthéritiques.

Suivant les auteurs, ces organismes ne sauraient aucunement être considérés comme les agents de l'infection scarlatineuse, bien qu'on les rencontre d'une façon constante dans les organes internes de ces malades. Ils admettent qu'il s'agit dans ces cas d'une « infection secondaire ou combinée » ayant son point de départ dans les organes du pharynx. Ce qui rend cette hypothèse vraisemblable, c'est la présence en grand nombre de ces microcoques en chaînettes dans les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage du pharynx. En outre, l'absence de streptocoques dans les lésions cutanées et leur identité avec les micro-organismes constatés dans d'autres affections,

démontrent suffisamment qu'ils n'ont aucun rapport de causalité avec la scarlatine.

Néanmoins, ces organismes exercent une action considérable sur la marche du processus scarlatineux, car il est prouvé que dans un grand nombre de cas, l'évolution maligne n'est pas due au processus scarlatineux proprement dit, mais qu'elle est la conséquence des infections secondaires déterminées par les différents organismes qui se développent dans le cours de la maladie.

Si le streptocoque puerpéral et le microcoque de la scarlatine étaient identiques, les femmes en couches, qui se trouvent au milieu de scarlatineux, seraient particulièrement exposées à se voir atteintes d'affections puerpérales.

Au point de vue de la thérapeutique, il résulte des recherches de ces auteurs, qu'il importe, dans le but d'éviter les infections secondaires, de combattre énergiquement et dès le début de la scarlatine, les altérations locales de la région pharyngienne.

Zur pathologischen Anatomie des Scharlachs (Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la scarlatine), par G. Crooke, (*Fortschritte der Médicin*, 1885, t. III ; *Archiv für Kinderheilkunde*, 1886, t. VII, fasc. V.)

L'auteur communique les résultats de l'examen microscopique qu'il a eu l'occasion de faire chez 30 enfants morts de scarlatine. Quinze d'entre eux étaient morts dans le cours de la première semaine de leur maladie, les quinze autres avaient succombé entre le neuvième et le soixante-huitième jour de la scarlatine.

Les organes du cou, amygdales, luette, muqueuse du pharynx et du larynx, renfermaient un grand nombre de micrococques de nature différente ; dans les cas graves on pouvait constater également la présence de bacilles réunis en chaînettes, et ressemblant au bacille de l'œdème malin décrit par Koch. Tous les cas dans lesquels on a noté l'existence de ces bacilles se sont terminés fatalement à la même période de la maladie et ont été caractérisés par les mêmes symptômes cliniques.

Six de ces malades avaient présenté pendant la vie des troubles gastriques graves. Dans ces cas, la muqueuse de l'estomac paraissait mamelonnée, par suite d'une hyperplasie considérable du tissu

lymphatique, hyperplasie qui avait également envahi le tissu interglandulaire, d'où l'aspect d'une gastrite interstitielle. Les vaisseaux sanguins étaient dilatés. Dans les glandes, prolifération de l'épithélium cylindrique qui était transformé en une masse de cellules granuleuses arrondies ou polyédriques. Enfin les fibres musculaires de la muqueuse gastrique étaient épaissies et infiltrées de petites cellules arrondies et de noyaux musculaires en prolifération. Dans la plupart des cas, le foie était le siège d'une hépatite interstitielle.

Des altérations rénales importantes ont été observées d'une façon à peu près constante chez tous ces malades. Voici quelles étaient ces lésions à partir du premier jusqu'au septième jour de la maladie. Volume et poids des reins normaux. Consistance ferme ; hyperhémie en forme de stries ou de taches dans la substance corticale ; hyperhémie plus profonde et plus diffuse au niveau de la couche médullaire. La modification la plus importante durant ce stade, c'est la prolifération des noyaux dans les glomérules. Dans un grand nombre de ces glomérules, les parois vasculaires étaient tuméfiées et troubles; on y trouvait le plus souvent des globules rouges. La capsule de Bowmann se trouvait épaissie, son épithélium était en prolifération. Les artères et les artérioles, particulièrement celles de la couche corticale, présentaient une prolifération de leurs noyaux endothéliaux et musculaires. L'auteur n'a jamais rencontré la dégénérescence hyaline des artères décrite par Klein. Enfin les capillaires intertubulaires étaient distendus par des amas de cellules lymphatiques et de noyaux provenant de la prolifération de l'endothélium. — La conclusion de l'auteur est que les reins ne sont qu'exceptionnellement le siège de modifications interstitielles pendant la première semaine de la maladie. Dans les cas qui se sont terminés par la mort entre le treizième et le soixante-huitième jour de la maladie, l'auteur a toujours constaté des augmentations de volume et de poids des reins. Ces lésions sont surtout localisées dans la substance corticale. En général, les modifications catarrhales ont fait place au processus interstitiel. Le fait le plus saillant, c'est la glomérulite, la prolifération des noyaux dans les capillaires intertubulaires. (*Glomerulo-néphrite de Klebs, Friedländer.*)

En résumé, voici, suivant l'auteur, quel est l'ordre de succession des altérations rénales qu'on observe dans la scarlatine : 1° Modification dans les glomérules et les vaisseaux sanguins ; 2° altérations intratubulaires ; 3° modifications interstitielles.

Ein Fall acuter gelber Leberatrophie bei einem mit hemorrhagischer Diathese behafteten 4 jährigen Knabe (**Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie chez un garçon âgé de 4 ans présentant une diathèse hémorrhagique**), par le professeur MONTI.) *Archiv. für Kinderheilkunde*, 1886, t. VII, fasc. V.)

Un petit garçon, âgé de 4 ans, présentait, depuis le 4 décembre 1884, des taches de purpura, disséminées sur toute la surface du corps. Les muqueuses étaient pâles, anémiées. De temps en temps épistaxis. Rien dans les urines. Digestions normales. Sous l'influence des toniques, disparition du purpura et guérison de l'anémie vers le mois de mars 1885.

Le 6 avril, l'enfant est pris subitement de vomissements, de malaise et de fièvre. T., 38,5 ; P., 100 ; Resp., 30.

Toute la surface de la peau présente une légère teinte ictérique. Langue chargée ; appétit nul, constipation depuis quatre jours.

La palpation du foie est douloureuse ; on arrive facilement à délimiter les bords de cet organe, atteignant en avant presque l'ombilic. A la percussion, matité commençant au niveau du bord inférieur de la sixième côte et descendant, tant sur la ligne parasternale que sur les lignes mamillaire et axillaire, à 4 travers de doigt au-dessous du rebord de la dernière côte. Rate normale. Urines très ictériques en petite quantité. Les taches de purpura n'ont point reparu.

Cet état persiste pendant cinq ou six jours.

Vers le 12 avril, l'ictère est plus intense, mais la matité du foie descend seulement à *deux travers de doigt* au-dessous des côtes.

Le 18 avril. Nuit agitée, fièvre très vive, vomissements répétés. T., 39,5 à 40° ; P. 120.

Les jours suivants, même agitation ; délire bruyant alternant avec état comateux. T., 41,5 ; P., 120.

La teinte ictérique de la peau est plus intense, par contre la matité du foie a encore un peu diminué. L'urine ictérique contient de la leucine et de la tyrosine. La rate a un peu augmenté de volume, sa matité commence au niveau du bord inférieur de la huitième côte et s'étend jusqu'à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Constipation. Pas de taches de purpura sur la peau.

Le 22 avril, sous l'influence de l'aggravation des symptômes, amaigrissement considérable de l'enfant. L'ictère est d'une intensité extrême ; la peau présente une coloration jaune orangé, remplacée en certains points par une teinte verdâtre. Epistaxis répétées. Taches

de purpura disséminées sur toute la surface du corps. Perte de connaissance. Pouls petit, irrégulier, 95. Respiration 28. Tempér. 38,5. La matité du foie commence au niveau de la sixième côte, sur la ligne parasternale, elle descend à un travers de doigt seulement au-dessous du rebord de la dernière côte; sur les lignes mamillaire et axillaire, elle atteint à peine la dernière côte.

Le 23 avril, attaques éclamptiques et mort de l'enfant.

A l'autopsie, pratiquée par le Dr Weichselbaum, le foie est considérablement diminué de volume; son bord inférieur est situé à deux travers de doigt au-dessus du rebord de la dernière côte; sa surface est lisse; il pèse 375 grammes. La substance hépatique est particulièrement dure et présente à la coupe une coloration jaune d'ocre avec des îlots d'un rouge verdâtre. La vésicule biliaire ne renferme qu'une très petite quantité de bile épaissie, gluante, d'une coloration gris-verdâtre. Les conduits cholédoques et hépatiques sont vides, nullement obstrués, leur muqueuse ne présente aucune altération. Les ganglions lymphatiques de la région du foie sont augmentés de volume, d'une consistance molle et d'une coloration grisâtre. La rate est plus volumineuse, un peu résistante et d'une coloration brun-foncé.

A l'examen microscopique, on constate toutes les altérations particulières à l'atrophie jaune aiguë du foie.

Dr G. Boehler.

Scarlet fever from the cow (La vache, origine de la scarlatine), par le Dr W.-H. Power, dans le *Brit. Med. Journ.*, 29 mai 1886.

Dans un rapport adressé au *Local Government Board*, M. Power a établi sur des faits qui semblent probants, que la fièvre scarlatine peut être engendrée par le lait de vaches atteintes d'une affection si peu marquée dans ses manifestations locales qu'elle peut presque passer inaperçue, et produisant si peu de troubles dans la santé générale de ces animaux qu'il n'y a de diminution ni dans leur appétit, ni dans leur rendement en lait.

Le 18 décembre 1885, M. Winter Blith, *Medical officer of health*, de Saint-Marylebone, a fait son rapport aux autorités locales sur une épidémie considérable de scarlatine arrivée dans le quartier et apparemment circonscrite dans la clientèle d'un laitier qui tirait la plus grande quantité de son lait d'une vacherie située à Hendon. Le lait

de cette vacherie était expédié également à trois autres laitiers ; l'un, à Saint-John's Wood, l'autre à Hendon et le troisième à Hampstead et Saint-Pancras. L'épidémie commença à Saint-Marylebone vers la fin de novembre et à peu près à la même époque la scarlatine fit son apparition dans la clientèle des autres laitiers, excepté celle de Saint-John's Wood. Une enquête, faite à Hendon, fut négative, en ce sens qu'on n'y trouva pas de scarlatine dans le personnel de la ferme, mais cette même enquête, portant sur les vaches, amena des découvertes importantes. Trois vaches, ayant vêlé récemment, achetées au marché de Derby, et reçues à la ferme le 15 novembre, avaient été soumises à la quarantaine suivant l'usage, jusqu'à peu près à la fin de novembre, mais leur lait avait été, après quelques jours, réuni à d'autre lait de la ferme, qui fut dirigé sur Saint-Marylebone, Hampstead et Saint-Pancras. Le 4 décembre, quatre autres vaches achetées dans l'Oxfordshire remplacèrent les vaches du Derbyshire dans le local affecté à la quarantaine. Ces dernières furent transférées dans la *grande étable*, où il y avait quarante autres vaches ; le lait de cette étable fut envoyé au détaillant de Saint-Marylebone, et la fièvre scarlatine se montra dans sa clientèle à la fin de novembre pour ne s'arrêter qu'au moment où la distribution du lait elle-même fut suspendue. Les vaches d'Oxfordshire, le 11 décembre, après leur quarantaine, furent transférées, deux dans la grande étable et deux dans l'*étable moyenne*. Le lait de cette dernière étable fut envoyé à un détaillant de Hampstead et de Saint-Pancras, et les cas de fièvre scarlatine se montrèrent dans sa clientèle en deux groupes, l'un à la fin de novembre, l'autre au milieu de décembre, très peu de temps après que les vaches du Derbyshire furent transférées dans l'*étable moyenne*, qui fournissait à ce marchand. L'immunité de la clientèle du marchand de Saint-John's Wood coïncide avec le fait qu'elle était approvisionnée par la *petite étable*, dans laquelle aucune vache étrangère n'avait été introduite.

Voici maintenant un fait qui a presque la valeur démonstrative d'une expérience. Une épidémie limitée, mais intense, de scarlatine, éclata au sein de quelques pauvres familles demeurant à *Child's hill* et autres localités tout près de la ferme. Le premier cas se montra le 20 décembre. Or, le 15 décembre, la fourniture du lait du marchand de Saint-Marylebone avait été arrêtée et le fermier avait donné des ordres pour que le lait de la grande étable fût donné aux cochons ou jeté dans une fosse creusée pour ce dessein. Quelques pauvres gens demeurant dans le voisinage, apprenant que du lait était ainsi perdu,

réussirent à en obtenir des garçons de ferme. Telle fut l'origine de la petite épidémie de scarlatine qui éclata dans ces parages.

La dernière phase de l'enquête a porté sur les vaches mêmes. Ces animaux avaient continué à bien s'alimenter et à donner du lait comme d'habitude; tout ce qu'on put trouver, ce fut des vésicules et de petites ulcérations sur les mamelles et sur les pis. Un des garçons de ferme se rappelait qu'il avait constaté la première lésion de ce genre sur l'une des vaches du Derbyshire. On trouva ensuite que deux des vaches de l'Oxfordshire avaient cette affection et que les autres vaches, habitant la *moyenne étable* avec elles, en portaient des marques, à une période peu avancée. Presque toutes les vaches de la *grande étable*, dans laquelle les vaches du Derbyshire avaient été logées, avaient la même éruption vésiculeuse de la mamelle à différents degrés.

Il n'y avait pas eu de cas de scarlatine parmi les clients de Saint-John's Wood, alimentés par la *petite étable* jusqu'au 31 décembre. A cette date, une visite faite dans ce département fit découvrir les symptômes de l'affection chez deux vaches et en même temps on apprit que des clients du marchand de Saint-John's Wood avaient été pris de scarlatine.

Quoique ce point d'étiologie soit fait pour inquiéter, il a pourtant un côté rassurant, c'est de donner une origine tangible et accessible, tant à la prophylaxie qu'à la thérapeutique de la scarlatine. La maladie née de la vache ici visée est actuellement étudiée et les vétérinaires, quand ils la connaîtront bien, seront aptes à conjurer le danger qui en résulte pour les populations.

Tetanus neonatorum (Tétanos des nouveau-nés), par le Dr Franck, M. Wright, de Bottesford, Nottingham, dans le *Brit. Med. Journal*, 22 mai 1886.

Le Dr Wright rapporte deux cas de cette affection excessivement rare.

Obs. I. — Mme D..., mère de six enfants bien portants, accoucha d'un beau garçon le 6 janvier 1883. L'enfant paraissait bien développé et toutes choses avaient leur aspect naturel, sauf le cordon ombilical qui avait trois ou quatre fois son volume habituel et qui était d'une coloration beaucoup plus foncée que d'habitude, mais avec la

consistance ordinaire. Pendant six jours les choses allèrent le mieux du monde, puis les parties immédiatement voisines de l'ombilic commencèrent à s'enflammer et à devenir irritables. Le septième jour, ces phénomènes s'accentuèrent et le cordon se détacha. L'enfant alla bien pendant dix jours, puis il refusa le sein. A peu près au même moment ses mâchoires devinrent serrées et du spasme se montra, rendant tout le corps rigide des pieds à la tête. Des spasmes du même genre continuèrent avec de fréquentes exacerbations, jusqu'à ce que, le huitième jour, l'enfant mourut. Pendant les deux ou trois derniers mois de la grossesse, la mère s'était plainte d'une douleur violente dans le côté gauche du ventre, revenant chaque nuit, au moment de se mettre au lit et continuant pendant plusieurs heures de manière à l'empêcher de prendre aucun repos. Le 1er avril 1884, elle accoucha d'un enfant qui est maintenant vivant et bien portant.

Obs. II. — La même mère donna naissance le 16 mars 1886, à un enfant du sexe masculin. Cet enfant était très sain d'apparence, mais le cordon était d'une coloration foncée et sombre; il n'avait pas sa transparence habituelle, il était beaucoup plus mou et se prêtait davantage que d'habitude; aussi, quand la ligature fut appliquée, il sembla qu'il dût se couper complètement, tout de suite, à ce niveau. Le troisième jour, il avait une odeur très prononcée. Le linge dans lequel il était enveloppé fut alors changé et les parties furent lavées avec la lotion faible de Conely. Le sixième jour, le cordon se détacha et l'ombilic apparut non enflammé, avec son aspect le plus naturel. Le septième jour, de bonne heure, quand l'enfant se réveilla, il ne pouvait plus prendre le sein ; ses mâchoires étaient serrées l'une contre l'autre, de manière à ne pouvoir admettre le mamelon. Il suçait tout ce qu'on lui mettait dans la bouche et prit un peu de lait dans une cuillère. En quelques heures, son cou, son dos et ses jambes devinrent rigides. D'abord cette rigidité disparaissait pour un temps, presque entièrement, mais elle revenait avec plus d'intensité, en faisant pousser à l'enfant un cri de douleur. Les spasmes augmentèrent en force et en fréquence, se montrant à la fin presque sans interruption, jusqu'à la mort de l'enfant, le huitième jour. La mère avait encore senti la même douleur au côté gauche de l'abdomen pendant les derniers mois de la grossesse.

Apnea spasmodica nei bambini (Apnée spasmodique chez les enfants), d'après le Dr Pereiro Pull, dans les *Archivos de Med. y Chirurgia de los Ninos*, d'après l'*Archiv. de Pat. Inf.* de mai 1886.

Voici les conclusions du travail du Dr Pereiro Pull.

Il existe ue forme d'apnée dans la première enfance qui doit être considérée comme entièrement indépendante de la glotte : 1° parce que son siège anatomique ne réside pas dans le larynx, mais bien dans les muscles de la cage thoracique et dans le diaphragme ; 2° parce qu'elle se développe indépendamment des états constitutionnels et des affections locales qui sont la cause du plus grand nombre des cas de laryngospasme ; 3° parce que ses accès ne se manifestent pas avec la spontanéité qui caractérise ceux du spasme glottique et sont au contraire la conséquence de causes occasionnelles qui agissent en provoquant les contractions des muscles respiratoires; 4° par l'absence des symptômes qui sont considérés comme pathognomoniques ou pour le moins caractéristiques du spasme de la glotte; 5° à cause de l'issue favorable de l'affection dans la majorité des cas.

Le spasme des muscles inspiratoires thoraciques est une cause fréquente d'apnée chez les enfants et doit être considéré comme la base pathogénique d'une unité morbide bien constituée.

L'apnée spasmodique des enfants de forme thoracique peut être admise et figurer dans le groupe des spasmes fonctionnels dont elle constitue une modalité intéressante.

The Morbid Anatomy and Pathology of Enkysted and Infantile Hernia (Anatomie pathologique et pathologie de la hernie infantile enkystée), par le Dr C.-B. Lockwood, dans le *Brit. Med. Journ.* du 29 mai 1886.

L'origine de la hernie enkystée de l'enfance est généralement attribuée à la distension de la membrane cicatricielle qu'on suppose obstruer l'ouverture supérieure du *processus vaginalis.*

Cette vue de l'esprit a été repoussée par l'auteur :

1° Parce qu'on n'a jamais vu ce septum et que son existence est plus que douteuse ;

2° Parce que les spécimens qu'on en montre dans les musées n'ont rien qui indique que le tissu cicatriciel soit entré dans leur composition ;

3° Parce que le sac de ces hernies a toujours été trouvé composé de deux couches de péritoine ;

4° Parce que l'examen de la tunique vaginale a montré que cette dernière communiquait, dans les cas de hernie enkystée, avec la cavité péritonéale ou qu'elle était simplement fermée par apposition, par adhésion de ses parois.

De ces preuves et d'autres on a conclu que les diverses hernies portant le nom d'*enkystées* appartenaient, en réalité, à la variété *infantile.*

Dans la discussion de la pathologie des hernies de ce dernier genre, elles ont été attribuées à l'action de quelque circonstance se produisant pendant la migration du testicule qui a été décrite à ce propos.

On a établi que le processus vaginal précédait le testicule et qu'il était dirigé dans sa descente par les fibres du gubernaculum dont il porte l'insertion.

Ce muscle fut décrit comme on le décrit d'habitude, mais on fit mention de tractus additionnels qui en font partie, se rendant au sphincter externe de l'anus et à la tubérosité ischiatique. On en a décrit aussi d'autres qui suivent un trajet ascendant vers le péritoine, en arrière du processus vaginal, avec les vaisseaux spermatiques. Ces fibres ont été signalées dans le cordon spermatique sous le nom de *crémaster interne.*

On a rappelé dans cette discussion la laxité du péritoine en arrière de la paroi abdominale et expliqué comment il accompagne le testicule dans sa migration.

On a décrit ensuite un faisceau de fibres musculaires, passant de l'épididyme à la paroi interne du sac de la hernie infantile, et on a considéré ce faisceau comme la prolongation supérieure du gubernaculum.

Les résultats de l'enquête furent, en somme : que les Musées de Londres ne contenaient pas de spécimens vrais de hernie enkystée, comme on s'accorde généralement à la décrire ; — que les spécimens donnés comme appartenant à la hernie enkystée appartenaient, en réalité, à la hernie infantile ; — que cette dernière devait son origine au pouvoir de traction du *gubernaculum testis.*

Dr Pierre-J. MERCIER.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd.
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Août 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA SCROFULE
DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

Par le Dr L. Aubert,
Médecin-major de 1re classe au 93e régiment d'infanterie,
Lauréat de la Société protectrice de l'enfance de Lyon,
Lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'hygiène de l'enfance, 1882).

Au vieux temps jadis, où les rois de France avaient, paraît-il, l'heureux privilège de guérir les écrouelles par le simple attouchement, on eût très probablement considéré comme un crime de lèse-majesté d'oser empiéter sur les droits d'une tête couronnée, en cherchant à guérir ce mal affreux qui fait tant de ravages, surtout dans les grandes villes. Mais, aujourd'hui que tous les anciens privilèges ont disparu, il ne nous reste plus, pour nous débarrasser de cette endémie si meurtrière, qu'à découvrir les causes de la scrofule et à trouver les moyens d'en préserver les jeunes générations ; aussi, l'Académie a-t-elle été bien inspirée en choisissant cette question pour sujet de prix.

Le travail que je vais entreprendre sera sans doute taxé par les uns de hardiesse louable, mais par le plus grand nombre de présomptueuse témérité. Loin de moi la pensée de résoudre entièrement une question aussi vaste et aussi délicate que l'étiologie et la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance, mais j'ai la ferme conviction qu'en posant quelques jalons, j'aurai fait une œuvre utile, et que j'inspirerai à d'autres le soin de combler les lacunes que ne peut manquer de renfermer ce modeste travail.

J'ai divisé cette étude en quatre chapitres :

Dans un premier chapitre, après avoir défini la scrofule, j'en donnerai l'historique aux diverses époques.

Dans un deuxième, je passerai en revue les théories qui ont été émises sur ce sujet.

Dans un troisième, je m'occuperai spécialement de la prophylaxie de cette affection.

Enfin, dans un dernier chapitre, je formulerai les conclusions que réclame une question aussi intéressante.

CHAPITRE PREMIER.

DÉFINITION.

Définir la scrofule est une tâche difficile devant laquelle ont reculé ceux-là mêmes qui l'ont le mieux étudiée.

Cliniquement, on peut dire que la scrofule est une dystrophie constitutionnelle (diathèse polygénique de Gintrac) dont les manifestations, de nature ordinairement inflammatoire, occupent la peau, les muqueuses, les ganglions, le tissu cellulaire, le tissu ostéo-fibreux et les viscères (Jaccoud, Pathologie interne, t. III, p. 999, 1883).

Autrefois, on donnait le nom de scrofules aux tumeurs ganglionnaires qui se développent dans la région cervicale. L'étymologie de ce mot, souvent discutée, semble devoir être rapportée à la ressemblance désobligeante qui existerait parfois entre le cou du scrofuleux et le cou du porc (scrofa, truie).

Plus tard, le moyen-âge transforma le mot de scrofules en celui d'écrouelles, expression vulgaire encore très usitée de nos jours. Depuis un demi-siècle, c'est la maladie constitutionnelle qu'on a rendue responsable de la genèse des scrofules, et à l'affection localisée circonscrite appelée scrophules, strume et écrouelles au début, on a substitué le nom de scrofule.

Bien que les médecins anglais aient, les premiers, accepté cette manière de voir, il n'en reste pas moins établi que c'est en France que la diathèse scrofuleuse a trouvé ses plus ardents défenseurs (Guersant, Milcent, Rayer, Bazin, Hardy).

D'abord Fernell et son disciple Baillon se hasardèrent à admettre que la scrofule pouvait se localiser ailleurs que dans la région cervicale, notamment dans les organes glandulaires du médiastin et de l'abdomen. Ensuite, après la découverte des vaisseaux lympathiques par Asseli en 1622, Bonet, Astruc, Morgagni firent de cette affection une maladie générale en disant que par suite d'une perversion fonctionnelle, la lymphe en excès s'accumulait plus épaisse dans le tissu des glandes lymphatiques. Mais ce n'est qu'en 1749, à la suite de la question mise au concours par l'Académie royale de médecine, que parurent plusieurs mémoires vraiment dignes d'intérêt (Faure, de Lyon, Charmetton et Bordeu), qui concluaient tous en faveur de la contagiosité des scrofules. Vint alors Lalouette qui, le premier, fit la description de toutes les lésions scrofuleuses, en y comprenant l'adénopathie bronchique et toutes les affections de la peau et du cuir chevelu, si fréquentes dans les premières années de la vie. A partir de ce jour, la scrofule prit rang parmi les maladies générales, opinion qui ne fit que s'affermir de plus en plus, grâce aux travaux des cliniciens les plus autorisés de l'hôpital St-Louis qui, il faut le reconnaître, ont puissamment contribué à élucider l'ensemble de ce vaste complexus pathologique. Bazin, dont les travaux font encore autorité sur cette matière, définissait la scrofule : une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se tradui-

sant par un ensemble d'affections variables de siège et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractère commun la fixité, la tendance hypertrophique ulcéreuse, et pour siège ordinaire les systèmes tégumentaires, lymphatiques et osseux.

Cette affection, qui a été décrite et dénommée dès la plus haute antiquité, se rencontre partout, mais surtout en France, en Angleterre, en Hollande, en Russie et en Egypte. Les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont effrayants, elle atteint plus sûrement et plus profondément la vitalité des populations que les grandes épidémies, si désastreuses qu'elles soient, aussi ne saurait-on lutter avec trop d'ardeur contre une affection qui menace l'avenir de la société.

Maintenant, je vais examiner les différentes causes invoquées par les auteurs suivant la théorie régnante pour expliquer le développement de la diathèse scrofuleuse et ensuite ses manifestations tant sur la peau que sur les ganglions, les muqueuses, les tissus cellulaires, les viscères et les os. Et d'abord, où finit le lymphatisme, où commence la scrofule ? On peut dire que la barrière qui les sépare est purement conventionnelle. Dans le monde où le lymphatisme est accepté et vu d'un œil indulgent, la scrofule est conspuée comme une tare presque honteuse. Le médecin, sans cesse obligé de substituer le premier terme au deuxième, subit, quoi qu'il fasse, le contre-coup de cette réprobation populaire et il éprouve une répugnance inconsciente à étendre les limites d'une maladie constitutionnelle dont on rejette le nom. C'est pour ce motif que le mot lymphatisme subsistera encore longtemps, bien que la définition de ces deux états morbides soit peu accentuée. D'ailleurs, la ressemblance du lymphatisme et de la scrofule est thérapeutique autant que pathologique et les moyens par lesquels on les combat sont de même nature.

La scrofule comprend des formes bénignes, moyennes et graves, il y a la grande et la petite scrofule. Au début, il est fort difficile de savoir si une scrofule sera bénigne ou grave, car ici, comme pour la syphilis, des manifestations extérieu-

res bénignes peuvent être suivies, à plus ou moins longue échéance, de lésions viscérales graves.

Relativement aux rapports qui existent entre la scrofule et la phthisie pulmonaire, les pathologistes ont remarqué de bonne heure les rapports de parenté qui relient la scrofule et la maladie tuberculeuse. Deleboc, un des fondateurs de l'anatomie pathologique, avait déjà entrevu l'analogie de la matière tuberculeuse et de celle des ganglions frappés de scrofule. « Chez les strumeux, disait-il, tous les ganglions se gonflent, il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans les poumons, de petits ganglions invisibles à l'état normal, deviennent alors visibles. » Enfin, les histologistes, en prenant pour point de départ le tubercule primitif (Schuppel, Friedlander, Koster, Grancher, Malassez, Charcot, Brissaud), les expérimentateurs en inoculant le tubercule (Villemin, Colin, Hérard, Cornil, Parrot, Chauveau, Lebert, Klebs, Conheim, Kiener, Koch, Dieulafoy et Krishaber), ont ouvert, au point de vue des rapports de la scrofule et de la tuberculose, une voie nouvelle et féconde. Aujourd'hui, trois opinions sont en présence :

La première reconnaît aux deux maladies une parenté d'origine, mais maintient entre elles une distinction profonde, et conserve à chacune son individualité.

La deuxième, se basant sur la présence des attributs scrofuleux chez bon nombre de phthisiques, fait rentrer la tuberculose dans la scrofule.

Une troisième doctrine, qui a vu le jour dans les laboratoires d'outre-Rhin, remise en honneur depuis plusieurs années et admise par une partie de l'école histologique française, tente au contraire de rayer la scrofule du cadre nosologique et de rattacher toutes ses lésions à la tuberculose. Cette doctrine du tubercule élémentaire de Friedlander et de Koster, du tubercule embryonnaire de Malassez, du follicule tuberculeux de Charcot, a suscité en France de nombreuses recherches ; on a vu alors les efforts des histologistes se porter sur l'examen des scrofuleuses graves, susceptibles d'êtr rapportées à la

tuberculose à l'aide de l'examen microscopique. Après de semblables études, la scrofule semblait condamnée et les deux grandes diathèses devoir être confondues en une seule, la tuberculose, lorsqu'une importante discussion s'éleva sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, en 1881. De tous ces débats contradictoires, il semblé résulter que la grande question des liaisons entre la scrofule, la phthisie pulmonaire et la tuberculose est dominée par la façon dont on envisage la matière tuberculeuse. Tel est le pivot autour duquel s'agite la question. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est rationnel, à mon avis, d'admettre que, la tuberculose étant une maladie virulente (ce qui ne l'empêche pas de se transmettre héréditairement), la scrofule est un terrain favorable à l'évolution du virus tuberculeux. C'est là l'opinion défendue par M. lé professeur Bouchard et par MM. Rendu, Landouzy, Brissaud et bien d'autres.

En un mot, l'idée ancienne avait créé et étendu la scrofule aux dépens de la tuberculose, l'idée actuelle agit dans un sens opposé. Malgré tout cela, on méconnaîtrait la réalité en supprimant la scrofule, qui est née d'une idée clinique.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE.

Je vais aborder le problème si difficile et si controversé de l'étiologie de la scrofule dans la première enfance.

Je commence par dire que la scrofule épuise sa contagiosité dans la transmission héréditaire, et qu'elle ne peut pas se communiquer par une autre voie. Et pourtant, un vieux préjugé, très répandu encore de nos jours, considère cette maladie comme essentiellement contagieuse. Hippocrate, du reste, l'avait dit, et Arétée, particulièrement sévère, prétendait qu'il était imprudent de parler avec des scrofuleux. Une décision conforme, qui fut prise en 1578, s'explique néanmoins, quand on se rappelle que les xv[e] et xvi[e] siècles marquent, dans l'his-

toire pathologique de notre pays, l'époque néfaste des lépreux, des syphilitiques, des pestiférés, expulsés sans pitié de tout lieu. Mais, ce qui doit étonner, c'est que Bordeu, Charmetton, en 1749, aient admis la contagion des écrouelles, soit au simple contact, soit à distance par l'haleine des malades.

L'inanité d'une semblable doctrine ne tarda pas à être démontrée par Pinel, Alibert, Hallé, Richerand. Plus tard, l'expérimentation se chargea de confirmer les opinions des savants cliniciens de Bicêtre, de Saint-Louis et de la Salpêtrière. Ce fut d'abord Kortum, qui inòcula du pus d'écrouelles sur des enfants sains, puis Hébréard, médecin de Bicêtre, qui chercha à inoculer du pus d'écrouelles chez le chien ; enfin, Lepeltier, qui se soumit lui-même à ces inoculations, et avec aussi peu de succès que ses devanciers. A la suite de ces expériences, la théorie de la virulence de la scrofule, proclamée auparavant par Bordeu, fut singulièrement battue en brèche.

Comme conséquence immédiate, au point de vue de l'hérédité, le virus scrofuleux ne pouvait plus être assimilé au virus syphilitique, désormais les écrouelles ne devaient plus être considérées comme transmises des parents à l'enfant.

Avec les auteurs de l'article du Dictionnaire en 60 volumes, il ne faut pas entendre par le mot hérédité que les parents communiquent à leurs enfants le virus écrouelleux, que la mère en imprègne le germe qu'elle a formé ou le fœtus qu'elle nourrit. En héritant des scrofules, on n'hérite pas d'un principe morbide spécialement virulent, mais seulement d'une prédisposition aux phlegmasies ganglionnaires superficielles dans la première enfance.

Non seulement la scrofule ne se transmet pas fatalement par hérédité, mais la scrofule ne dérive pas de la syphilis, comme on l'a cru quelque temps, par transformation d'une génération à l'autre ; la syphilis prépare le terrain, je le veux bien, et augmente la réceptivité de l'organisme aux causes nocives et occultes qui nous usent et nous enserrent de toutes parts. Lebert fait remarquer que dans le canton de Vaud, la

syphilis est rare et la scrofule très répandue. Dans une foule de cas, les deux états constitutionnels, scrofule et syphilis évoluent parallèlement et sans se modifier, réciproquement souvent aussi les deux diathèses réagissent l'une sur l'autre et forment même des manifestations mixtes par leur étiologie, hybrides par leurs caractères anatomo-pathologiques et fonctionnels. La scrofule est au nombre des affections constitutionnelles qui marquent dès l'enfance d'un sceau indéniable les sujets frappés de prédisposition à contracter plus tard la maladie des ascendants. Lugol considérait la transmission inévitable lorsqu'elle prenait sa source dans la santé du père, mais moins fatale quand une femme strumeuse était fécondée par un homme sain.

Pour Lebert, l'hérédité manquerait dans la moitié des cas de scrofule, et les affections scrofuleuses ne seraient héréditaires, d'après cet auteur, que dans un tiers des cas.

Les recherches de Rilliet et Barthez les ont conduits aux mêmes résultats que Lugol. Les différences dans les opinions des auteurs et dans les statistiques sur la fatalité de l'hérédité, tiennent du reste à une série de causes dont la première en ligne est certainement l'influence des milieux.

Le travail de B. Philipps (de Londres), 1846, basé sur des renseignements pris en Angleterre et dans le monde entier, porte sur près de 900,000 enfants, et apprend que dans les familles, placées dans des conditions mauvaises à peu près semblables, la scrofule se produit à peu près également, que les ascendants soient atteints ou non.

Après l'hérédité, quelles sont les causes prédisposantes susceptibles de diminuer la résistance vitale de l'organisme infantile ? Ces causes sont : 1° *un air froid, humide et vicié ;* 2° *une habitation insalubre ;* 3° *l'insuffisance de la lumière solaire;* 4° *les mariages consanguins ;* 5° *l'alcoolisme ;* 6° enfin une *alimentation insuffisante ou défectueuse.*

1° *Air froid et humide.* — Quand les moyens de résistance au froid continu sont réguliers, suffisants, bien ordonnés, dit

le professeur Bouchardat, c'est une condition de santé et de longévité ; mais quand ces moyens de résistance sont insuffisants, irréguliers, mal ordonnés, l'organisme est fatalement conduit à la plus redoutable des imminences morbides. L'appauvrissement général ou misère physiologique est l'état le plus défavorable pour subir l'atteinte de toutes les maladies aiguës, et quand ces affections incidentes n'enlèvent pas l'individu qui est dans ces conditions, il est rare qu'il échappe à la cachexie la plus meurtrière, la scrofule, comme cela se rencontre si fréquemment dans l'arrondissement de Lille, qui n'est à proprement parler qu'une vaste plaine traversée dans tous les sens par des canaux renfermant généralement une eau stagnante et souvent corrompue par le déversement des détritus industriels. De là dérive, sans nul doute, l'insalubrité des cantons situés dans les principaux centres industriels de cet arrondissement.

Richerand s'est assuré que les scrofuleux reçus à l'hôpital Saint-Louis, provenaient de tous les quartiers de Paris où les ouvriers vivaient entassés, dans les logements étroits, bas et humides. Le contact de l'air libre est en effet une nécessité physiologique de tous les instants ; tel air, tel sang, a dit Ramazzini (*De constitutionne*, anni 1691). Le Dr Hamilton (de Londres), attribue les maladies scrofuleuses à l'humidité qui y règne et à sa situation dans un bas fond. Si ces mêmes enfants sont envoyés à Mulwern ou dans tout autre lieu à air pur, ils recouvrent presque toujours la santé. L'excès d'acide carbonique qui existe dans les locaux encombrés, notamment dans les logements étroits, dans les rez-de-chaussée des populations ouvrières de nos grands centres manufacturiers, entravent l'accomplissement régulier des échanges nutritifs qui ont lieu dans l'intimité de nos tissus. Comme conséquences, on voit apparaître des manifestations de la maladie, dans telle ou telle région, qui, sans cette cause débilitante, serait restée à l'état latent. Si l'air vicié est en outre humide, on voit la sueur supprimée, les tissus cellulaires et les muqueuses subir des modi-

fications, les liquides blancs augmenter, les ganglions lymphatiques s'hypertrophier et la scrofule apparaître.

Les médecins qui pratiquent dans les villes ouvrières du Nord ou de l'Ouest, dans les casernes, dans les prisons où certains locaux sont d'une humidité constante, ont souvent l'occasion de constater cette étiologie.

2° *Habitation insalubre; 3° insuffisance de la lumière solaire.* — L'air confiné est nuisible, non seulement par le changement de proportion de ses éléments, par une élévation de la température, par l'addition des principes toxiques, mais encore par le défaut de mouvement et parfois de rayonnement solaire. Beaucoup d'habitations en effet, ne reçoivent jamais l'action directe et bienfaisante du soleil qui est si nécessaire à l'hématose et à la nutrition, surtout chez l'enfant qui est doué d'une respiration si active, d'une absorption si rapide d'exhalation et de sécrétion si abondantes.

Il a été reconnu que les individus qui passent une grande partie de leur vie dans les lieux obscurs et mal éclairés respirent moins (Scharling, *Annales de chimie et physique*, 3e série, année 1843, page 448); ils ont les chairs molles, bouffies, comme infiltrées: tels sont les enfants que la misère confine dans les quartiers les plus sombres et les plus encombrés des grandes villes, les enfants des concierges, des maisons de la Capitale, situées dans les rues étroites des quartiers populeux. C'est dans cette catégorie que l'on compte le plus de scrofuleux.

L'exposition du corps au soleil favorise la nutrition, assure la régularité du développement et l'heureuse proportion des formes. D'une manière générale, on peut dire que l'atmosphère est le champ de la vie; l'habitation ne doit servir qu'à abriter l'homme périodiquement et passagèrement; s'il s'y cantonne à poste fixe, il altère les conditions essentielles de sa vie organique.

La scrofule se développe aussi bien dans les maisons sans

fenêtres de l'Auvergne, de la Savoie, de la Bretagne et de la Normandie, qu'au sein de nos cités ouvrières. Enfin, Humboldt pensait même que la diminution du fluide électrique suffisait pour faire naître des écrouelles, tandis que d'autres ont accusé l'humidité de certaines vallées encaissées non accessibles à tous les vents, ou la qualité des eaux, absolument comme pour le goitre.

4° *Les mariages consanguins.* — Que penser des mariages consanguins ?

Les mariages consanguins constituent un danger réel auquel on peut se soustraire par des conditions individuelles de santé, de force et de constitution des conjoints. Néanmoins les résultats de ces unions sont souvent déplorables, et si la loi ne peut pas les interdire, ils sont néanmoins un péché physiologique dont les enfants portent la peine. Arthur Mittchell, chez les populations insulaires du Nord de l'Écosse, qui vivent isolément et chez lesquelles les mariages consanguins sont fréquents, a remarqué que la scrofule y était très répandue. Le Dr Howe, analysant 17 mariages consanguins, a remarqué parmi eux 12 scrofuleux. Il est bien entendu que la consanguinité est d'autant plus dangereuse que le degré de parenté est plus rapproché (oncles, tantes, neveux, nièces).

Rilliet signale le nombre considérable des mariages entre parents dans la ville de Genève, ayant pour conséquences, chez quelques-uns, la scrofule avec ses suites communes. C'est au défaut du croisement des races que Lugol attribue les progrès de la scrofule, chez les Juifs, chez les grands d'Espagne, chez les nobles de l'île de Jersey, qui ne s'allient qu'entre eux ; la même raison peut être invoquée en Angleterre pour le comté de Shropshire, où tous les catholiques se marient entre eux ; c'est ce que j'ai constaté également en Vendée, où les mariages consanguins ne sont pas rares dans les campagnes.

Des recherches faites sur ce point par Perrier et A. Voisin, il résulte que dans les conditions de bonne sélection, la con-

sanguinité ne nuit pas au produit ni à la race, mais au contraire qu'elle exhale les qualités comme elle ferait les défauts et les causes de dégénérescence.

5° *Alcoolisme.* — L'alcoolisme des ascendants peut-il engendrer la scrofule, comme quelques auteurs l'ont avancé?

Le fait semble douteux ; mais ce qui ne l'est pas, c'est que les conditions de dégénération que l'alcoolisme communique aux enfants, peuvent parfaitement, en diminuant leur vitalité intrinsèque, constituer une prédisposition au développement d'une affection qui peut-être sans leur concours n'aurait jamais pris naissance.

6° *Alimentation insuffisante ou défectueuse.* — Une cause autrement plus puissante et plus fréquente que les précédentes, c'est une alimentation insuffisante ou défectueuse. Dans cette première période de la vie qui constitue la première enfance, où la multiplication des cellules s'opère avec une si grande activité, il est nécessaire que l'aliment satisfasse largement à cette production de matière vivante ; si l'alimentation vient à être entravée ou viciée d'une façon un peu durable, il ne tarde pas à se produire des altérations constitutionnelles persistantes. (Sevrage prématuré.)

Le *lait est le seul aliment* qui convienne à l'enfant *pendant les six premiers mois de la vie.* Ce n'est pas impunément que l'on introduit dans un estomac et dans des intestins incomplètement développés des substances qui ne peuvent pas être assimilées.

Les lésions qui se développent dans ces cas ne portent pas sur un seul organe, « car, dans les premiers temps de la vie, dit M. Guillot, l'enfant est un tout sans parties distinctes; tous les organes sont sous la dépendance les uns des autres ; lorsque l'organisme est malade par suite d'une mauvaise alimentation, toutes les parties du corps présentent, en peu de jours sous des aspects divers et propres à chacune d'elles, les mêmes phénomènes de souffrance et de faiblesse. »

La formation de l'individu, tel est le fait dominant qui caractérise les premières périodes de la vie; c'est vers ce but que convergent toutes les forces organiques emmagasinées dans le jeune être.

Voyons ce qui peut se produire chez l'enfant :

1° Allaité au sein ;

2° chez l'enfant soumis à l'allaitement artificiel ;

3° chez l'enfant soumis à l'allaitement mixte.

M. le professeur Bouchard, dans son cours de pathologie générale, a montré que pour obtenir les conditions d'une alimentation irréprochable, les substances ternaires devaient être aux substances protéiques dans la proportion de 5 pour 1. Si cette proportion n'est pas observée, si elle se modifie dans un sens ou dans l'autre, l'organisme souffre, et alors les moindres variations portent à l'ensemble de la nutrition un tel préjudice que si, par exemple, les matériaux ternaires et les matériaux protéiques sont absorbés dans le rapport de 6 pour 1 la scrofule éclate.

1° Chez la mère ou la nourrice qui allaite, le lait peut être anormal par excès des principes qui entrent dans sa composition, soit par infériorité de ces mêmes éléments. D'après les recherches de M. Marchand, pharmacien à Fécamp, la sécrétion de lait varie suivant le régime auquel sont soumises les femmes accouchées; de là la nécessité pour les nourrices de prendre des aliments féculents et azotés, mais non pas exclusivement des uns ou des autres. Les matières albuminoïdes contenues dans le lait de femme augmentent suivant le besoin du nourrisson, aussi convient-il de choisir une nourrice dont le lait soit en rapport avec l'âge de l'enfant, et si l'on fait allaiter un enfant qui vient de naître par une nourrice accouchée depuis un an, six mois, l'excès de matières protéïques qui se trouvent contenues dans le lait, suffit pour provoquer des accidents chez l'enfant. Il en sera de même si l'on prolonge l'allaitement au-delà de certaines limites.

Un moment vient, en effet, où le lait de la mère n'est pas suffisant ; l'enfant a des besoins plus grands, tandis que le lait

de la mère diminue en quantité et devient moins riche en principes nutritifs. Dans tous les cas, le sevrage tardif sera infiniment moins préjudiciable que le sevrage prématuré, pratiqué sans précaution, en toute saison, et souvent en pleine dentition.

2° Lorsque l'enfant est soumis simultanément au lait maternel et au lait d'un animal, cet allaitement mixte a l'avantage de mieux se prêter à la susceptibilité du tube intestinal de certains petits enfants ; tantôt, par contre, ce dernier complète ce qui manque au lait de la femme pour procurer à l'enfant une nourriture suffisante. C'est dans ces deux éléments, de correctif pour le lait de la femme, de complément pour celui de la vache, que réside tout le secret des beaux résultats de l'allaitement mixte.

3° Quand un enfant est nourri au biberon, c'est communément le lait de vache qui est mis à contribution; le lait de chèvre et d'ânesse sont les deux laits qui se rapprochent le plus de celui de la femme; mais, comme dit M. Fonssagrives, le meilleur lait est celui qu'on se procure le plus aisément à l'état de pureté ; il importe donc avant tout d'avoir un lait pur provenant d'une vache saine, passant la journée à la prairie et non à l'étable.

Comme l'a démontré M. le Dr Coudereau, les tuniques du tube intestinal du nouveau-né sont d'une fragilité excessive, ce qui explique l'action nocive, facile et rapide des substances alimentaires irritantes. De même pour les glandes de l'estomac et de l'intestin qui sont rudimentaires et ne fonctionnent qu'imparfaitement dans les premières années de la vie. Après l'introduction d'une certaine quantité de lait dans l'estomac d'un nouveau-né, il n'est pas rare de rencontrer dans les excréments des fragments parfois volumineux de caséïne non digérée. Souvent on aperçoit des grumeaux de caséïne, et la selle a un aspect pâteux, qui rappelle le mastic des vitriers. Or, c'est toujours la caséïne qui est la cause et l'objet de ces modifications. En un mot, le précipité auquel donne lieu la matière azotée du lait de vache, ne serait pas un ali-

ment pour le nourrisson; plus elle est abondante, plus elle est nuisible pour la santé, puisqu'elle constitue une alimentation prématurée. Par le coupage, on ne remédie pas à cet inconvénient, car en diminuant la quantité de caséïne, on diminue dans la même proportion la quantité d'albumine qui est indispensable. C'est dans la prédominance de l'albumine, dans le lait de la femme, de la jument, de l'ânesse, que réside la supériorité de ces divers laits. Aussi a-t-on raison de recommander l'allaitement maternel, au moins pendant les premiers mois ou les six premières semaines de l'existence; cet allaitement des premiers mois, on l'a dit avec raison, constitue les racines de la vie.

Ainsi, sous l'influence d'un allaitement vicieux, l'enfant bien portant à la naissance, peut subir une véritable déchéance organique qui le conduira fatalement à la scrofule, surtout si à cet allaitement vicieux vient s'ajouter dès le premier mois une alimentation prématurée (soupes grossières, bouillies, viande, hareng), comme je l'ai constaté bien des fois en Bretagne, en Normandie, chez les paysans ou chez les ouvriers des fabriques de drap : notamment à Vitré (Ille-et-Vilaine) et à Elbeuf (Seine-Inférieure), ou comme cela a lieu dans le Morvan, la Nièvre, l'Yonne et dans les contrées où l'allaitement artificiel est en honneur. On obtiendra exactement le même résultat si le sevrage est pratiqué sans méthode, brusquement et en dehors des règles les plus élémentaires de l'hygiène. Cela est si vrai que, généralement, les premiers accidents de la scrofule coïncident avec le sevrage ou l'apparition des premières molaires, c'est-à-dire à une époque où la nourriture de l'enfant doit être particulièrement surveillée et réglée avec le plus grand soin, de façon à ménager la transition d'un régime à l'autre et à tâter la susceptibilité du tube intestinal.

Quant au sevrage tardif, il est certainement moins dangereux au point de vue spécial qui nous occupe, que le sevrage prématuré ; d'ailleurs, il est rare de voir en France des mères continuer l'allaitement assez longtemps pour nuire à la santé de l'enfant et le fatiguer. Alph. Leroy cependant n'hésite pas

à regarder un allaitement trop prolongé comme une cause de scrofule, même pour des enfants primitivement bien constitués. L'allaitement prolongé au-delà des limites naturelles fixées par la dentition (seize ou dix-huit mois), est assez fréquent dans le midi de la France, à cause de la rareté du bon lait et des nombreux cas de diarrhée pendant l'été. Le point essentiel est de saisir le moment le plus convenable et de ne pas abuser des aliments gras, de la viande, des farines de maïs, des fruits, etc., alors que le lait doit être le principal aliment ou un auxiliaire indispensable même après le sevrage. Cette alimentation vicieuse peut aussi être incriminée pour expliquer la proportion énorme de scrofuleux que l'on observe dans quelques-uns de nos départements pauvres, comme la Bretagne, le Lot, la Creuse, ainsi que dans certains autres, où règne l'industrie nourricière (Yonne, Eure-et-Loir, Nièvre, etc.).

L'aboutissant habituel d'un mauvais régime est l'entérite, caractérisée par des lésions qui, finalement, ont leur retentissement du côté des ganglions mésentériques, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. De là des lymphangites et des inflammations ganglionnaires qui sont préjudiciables au travail d'absorption dévolu aux chylifères par suite de la compression que ces ganglions exercent sur ces derniers.

Il me reste à étudier les causes occasionnelles dont les résultats sont en quelque sorte plus immédiats. Sous ce titre, je comprends : 1° les principales pyrexies de la première enfance, comme la rougeole, la scarlatine, la variole, la varicelle, la coqueluche; 2° la dentition, la croissance, les traumatismes; 3° la pneumonie, la bronchite et la broncho-pneumonie, c'est-à-dire toutes les affections passagères ou durables qui impriment des modifications aux éléments anatomiques, ou une perturbation dans l'assimilation.

Les lésions scrofuleuses qui se déclarent après la rougeole sont: l'eczéma impétigineux, la kérato-conjonctivite, les ulcères de la cornée, la blépharite ciliaire, l'otorrhée et la carie du rocher, puis, les engorgements ganglionnaires, les abcès

osseux et articulaires, les nécroses et les tumeurs blanches. C'est le coup de fouet donné à une prédisposition morbide, qui aurait pu rester latente pendant des années; à plus forte raison si la scarlatine ou la varicelle viennent compliquer la rougeole ou si elles lui succèdent.

La coqueluche, qui est une maladie de la première enfance, et de longue durée, amène des troubles intimes du côté de l'hématose, puisque l'air ne pénètre pas complètement dans les vésicules pulmonaires. Consécutivement à la bronchite, les ganglions voisins s'hypertrophient, de là cette adénopathie bronchique si bien décrite par Guéneau de Mussy et par M. Barėty, de Nice.

Pendant la dentition, il n'y a rien de surprenant que cette diathèse apparaisse, puisque c'est l'époque de la transition d'une manière d'être à une autre sous le rapport de toutes les importantes fonctions, dont l'accomplissement régulier préside à la nutrition et au développement du petit être.

La croissance représente aussi un acte physiologique, mais souvent un acte tumultueux, irrégulier, que troublent diverses conditions d'hygiène ou de maladie. Si les conditions au milieu desquelles s'effectue la croissance sont anormales, ou si la faiblesse qui résulte d'une croissance exagérée est très considérable, on conçoit que ce tempérament morbide puisse se développer, surtout s'il y a insuffisance de l'apport au moment où l'organisme infantile réclame impérieusement un surcroît de matériaux pour la constitution d'éléments nouveaux. Cette matière, qu'ils ne puisent pas dans les aliments, les tissus en croissance vont la chercher dans les tissus existants, et cette croissance effectuée dans des conditions vicieuses n'engendrera que des organes incomplets. La suractivité de croissance qui s'observe pendant le cours des maladies infectieuses à forme grave (dothiénenterie) est fréquement l'origine de cet état morbide.

Un traumatisme qui condamne l'enfant à une immobilité prolongée, peut aussi faire éclore la scrofule chez les prédisposés. M. Verneuil, du reste, a démontré par des faits irrécu-

sables, l'influence du traumatisme sur les diathèses et la façon dont un état constitutionnel assoupi, ou simplement prédisposé, peut être tout-à-coup éveillé, pour donner lieu ensuite à des lésions franchement caractéristiques.

Quand la pneumonie ou la broncho-pneumonie ont une certaine durée, elles amènent des troubles de l'hématose, et elles sont suivies d'une hypertrophie des ganglions bronchiques.

Cet engorgement des ganglions, que peut aussi provoquer d'emblée un refroidissement brusque, a pour résultat dans les deux cas, d'entretenir un état congestif d'un des sommets, et une bronchite plus ou moins intense avec ou sans congestion des bases. Par suite de cette compression exercée par les ganglions, la circulation du sang et de l'influx nerveux pulmonaire est entravée, ce qui ne peut manquer de compromettre ultérieurement la constitution du jeune enfant.

Lugol et Cullen attribuaient même aux changements de saison une importance exagérée ; cependant, il est incontestable que chaque année on observe pendant les changements de saison et particulièrement en hiver, l'apparition de nombreux cas de scrofule chez les enfants et chez les adultes.

Enfin, est-il nécessaire de disculper le vaccin du reproche qui lui a été adressé de transmettre la scrofule? A mon avis, l'irritation cutanée provoquée par la lancette, peut être considérée comme une irritation banale capable de favoriser l'éclosion de la scrofule chez des sujets prédisposés, mais en vérité, on ne saurait aller au-delà.

Avant de terminer ce chapître étiologique, je vais esquisser en quelques mots les principaux accidents qui signalent son apparition précoce et qui devront toujours tenir en éveil l'attention du médecin. Si nous interrogeons la peau, qui, chez l'enfant comme chez l'adulte est le miroir des diathèses, nous constatons qu'elle est fine, blanche, transparente; l'enfant scrofuleux, ou qui est sur le point de le devenir, a des chairs molles, il a de la photophobie, bien que ses yeux soient sains; ses amygdales sont volumineuses, il est très exposé aux enge-

lures, aux éruptions eczémateuses ou impétigineuses de la face, de la tête (gourmes des anciens), à la diarrhée, et il offre peu de résistance au froid.

Cette première étape de la scrofule n'est en quelque sorte qu'une disposition organiqne latente, qui, si on n'y prend garde, préparera peu à peu la constitution de l'enfant à un processus pathologique spécial, dont les différentes phases se succèdent parfois avec une certaine régularité. Ainsi, à 3 ou 4 ans, on voit s'étaler les écrouelles, les chapelets ganglionnaires qui occupent les côtés du cou, la mâchoire inférieure, et qui sont les premiers stigmates d'une diathèse en voie de formation. Puis, la maladie, envahissant les parties profondes, gagne les articulations, les os ; c'est alors qu'apparaissent les ostéïtes, les tumeurs blanches, le mal de Pott. Mais il ne faudrait pas s'imaginer que les différents degrés de la scrofule se succèdent toujours chez l'enfant avec la même régularité, car comme l'a dit M. Grancher, les lésions viscérales peuvent ouvrir la scène morbide, tandis que dans d'autres, ce début est annoncé par des lésions osseuses (périostite, ostéite, carie). Parmi les causes adjuvantes, je n'aurais garde de passer sous silence : la syphilis, l'âge avancé ou certaines maladies des conjoints (tuberculose, cancer). Il est impossible de ne pas être frappé des nombreux traits de ressemblance qui existent entre la scrofule et la syphilis héréditaire. L'une et l'autre comportent des engorgements ganglionnaires, des lésions cutanées, des caries, des nécroses, des gommes, etc. Aussi beaucoup d'auteurs anciens ont-ils été tentés d'identifier ces deux maladies; la scrofule ne serait plus qu'une syphilis tertiaire atténuée, une sorte de syphilis quaternaire. Ce qui est hors de doute, c'est que la syphilis exerce sur la santé des parents une influence qui se reflète, qui se traduit plus tard sur l'enfant par les manifestations propres au lymphatisme en général et au degré le plus élevé du lymphatisme, la scrofule.

(*A suivre.*)

HÉPATITE SYPHILITIQUE.

Par le Dr Depasse,
Médecin-inspecteur de la protection du premier âge.

L'hépatite syphilitique héréditaire est admise par tous les auteurs depuis le mémoire que M. Gubler a lu, en 1852, à la Société de biologie. Cependant les observations qu'on a publiées depuis sont encore aujourd'hui relativement rares.

Mollière (obs. de syph congénit. in Annales de dermat. et syphil., t. II, p. 407, 1870 et t. III, p. 290) publie une longue liste de dix-huit observations où l'on constate les lésions viscérales causées par la syphilis héréditaire, mais il n'est pas question du foie.

Ollivier et Ranvier n'ont publié que trois cas de syphilis héréditaire ayant frappé le foie seulement, Gubler un seul cas, Depaul un seul cas, Prévost un seul cas. Dans cette dernière observation, l'enfant est arrivé au monde mort-né avant terme.

Parrot a publié un travail sur les lésions de la rate, mais non sur les lésions du foie. Cependant, il attribue la splénomégalie à la subordination du système vasculaire de la rate à celui du foie, et il admet que le foie est atteint d'une cirrhose spéciale.

Si, en 1878, Murchison, dans son *Traité des maladies du foie*, cite des observations d'hépatite interstitielle consécutive à la syphilis chez les adultes, il ne donne qu'un seul cas concernant un enfant de onze ans, chez qui la vérole était héréditaire. Il y avait de l'ascite, mais comme l'enfant avait en même temps une affection cardiaque, il est difficile de faire la part de ce qui revient à la cirrhose du foie.

Toutes les observations auxquelles je viens de faire allusion, excepté la dernière, furent suivies d'autopsie, de sorte que, si l'anatomie pathologique est bien établie, il paraît en résulter aussi que le pronostic est terrible, puisque la mort au-

rait toujours été la conséquence d'une hépatite syphilitique chez les jeunes enfants.

Je crois donc intéressant de publier l'observation qu'on va lire, puisqu'elle fut suivie de guérison après avoir présenté des péripéties nombreuses et inquiétantes. Nous verrons, en effet, un enfant atteint de syphilis héréditaire, né d'un père et d'une mère présentant des accidents tertiaires au moment de la naissance de l'enfant. L'hépatite de l'enfant est certaine : elle a été diagnostiquée par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux et de la Faculté.

L'ascite, symptôme dont il n'est pas parlé dans les observations publiées, a nécessité quatre paracentèses dans l'espace d'un an, et la guérison a été obtenue après trois ans de traitement hydrargyrique. On a le droit d'appeler guérison un état de santé parfaite chez un enfant, depuis cinq ans sans interruption.

Je suis appelé le 5 avril 1878 pour voir l'enfant de M. Ch..., caissier dans une maison de commerce, demeurant dans le quartier Notre-Dame-des-Champs. Cet enfant, âgé de quinze jours, est venu au monde dans des conditions ordinaires. L'accouchement a été naturel et facile ; l'enfant, plutôt petit que gros, au dire du médecin accoucheur, ne présentait rien de particulier à sa naissance ; il est nourri au sein par sa mère qui est grande et solide. Depuis sa naissance, cet enfant, au lieu d'augmenter de volume et de poids, dépérit ; il a une teinte bistre peu prononcée, mais pas d'ictère, un peu de coryza, une constipation opiniâtre ; il crie nuit et jour.

A l'examen de l'enfant, je ne trouve pas de croûtes dans le nez, pas de taches sur le corps, rien aux parties génitales, mais à l'anus deux fissures suintantes dans les plis, et deux plaques muqueuses entre les fesses, rien au cœur, rien aux poumons, mais le ventre est énorme vu la maigreur du bébé, et par la palpation on trouve que l'abdomen est rempli à droite par une masse qui ne peut être que le foie et qui s'étend du mamelon droit jusque dans le fond de la fosse iliaque ; le foie dépasse la ligne médiane. Pas d'ascite, les bourses paraissent un peu plus grosses qu'à l'état normal, bien que les testicules aient le volume ordinaire.

Le père, interrogé par moi en particulier, m'avoue qu'il a contracté

la vérole quatre ans auparavant, qu'il a été soigné très attentivement. Cette vérole, contractée en dehors du domicile conjugal, a été transmise à la mère, qui a eu de la roséole, de l'alopécie...

J'apprends, de plus, que Mme Ch... a fait l'année précédente une fausse couche de quatre mois et qu'elle avait été à cette époque soumise à son insu à un traitement mercuriel institué par un docteur chef de clinique de la Faculté.

Il n'y avait donc pas de doute, les parents et l'enfant étaient syphilitiques, et à une seconde visite, je trouvais une belle syphilide palmaire à la main droite de Mme Ch... J'instituai immédiatement un traitement dont la liqueur de Van Swieten était la base et je ne dissimulai pas à la famille que le cas était grave. On me pria de voir l'enfant avec M. Jules Simon, qui confirma mon diagnostic d'hépatite syphilitique, foie énorme.

Vingt-cinq jours après, c'est-à-dire le 10 avril, vers 11 heures du soir, en voulant changer l'enfant de linge, la mère est effrayée de voir que le scrotum de son fils est devenu brusquement gros comme un poing d'homme. J'avais vu l'enfant le matin et une ascite légère, constatée déjà cinq jours auparavant, n'avait pas paru augmentée, de sorte que je n'avais rien dit à la maman. On fit venir en toute hâte, à minuit, un médecin du voisinage. Le lendemain matin, à ma visite, je trouve l'enfant très souffrant, il n'a pas cessé de crier depuis l'après-midi de la veille et n'a pas voulu prendre le sein. Les petites jambes, repliées et contractées sur le ventre, compriment le scrotum qui est très enflammé et très douloureux. La nuit, on avait fait des applications de chlorhydrate d'ammoniaque. A ma grande surprise, je ne trouve plus de liquide dans le ventre, et en comprimant avec lenteur les bourses ou plutôt la bourse droite, je parviens à faire rentrer momentanément le liquide ascitique dans le ventre. La tunique vaginale droite est en communication avec le péritoine et le liquide de l'ascite poussé par les contractions de l'abdomen à cause des cris continuels de l'enfant est descendu. Nous verrons plus loin qu'une hernie chemina l'année suivante par le même trajet.

Le liquide une fois rentré dans l'abdomen, on essaie un bandage que l'enfant ne supporte pas ; du reste, le liquide passe peu à peu dans la vaginale. On fait plusieurs essais avec des bandages différents, le résultat est toujours nul, ce qui n'est pas étonnant. M. Jules Simon, qui voit de nouveau l'enfant, conseille d'essayer encore et d'attendre. Les bandages de toute espèce sont insuffisants, on y re-

nonce et on applique un suspensoir en tissu élastique. Le 25 avril, les bourses ont la dimension d'une tête de fœtus à terme. Malgré cet accident, l'enfant paraît aller mieux; il engraisse un peu, il a meilleure mine et tette volontiers. Bébé a augmenté de 450 grammes depuis quinze jours ; mais si on défalque 250 grammes environ pour le liquide ascitique, on trouve une augmentation réelle de poids de 200 grammes environ pour quinze jours.

Dans les premiers jours de mai, la famille Ch... va s'installer à la campagne, près de Paris, et me demande d'aller voir l'enfant de temps en temps.

Pendant trois mois, l'état reste à peu près stationnaire, l'enfant profite, mais peu, le ventre diminuant un peu quand de la diarrhée survenait, mais augmentant quand il y avait de la constipation. A partir du 9 août, le ventre devient énorme et très dur ; on remarque à peine quelques grosses veines sur la paroi abdominale. La respiration devient si gênée que je me décide à faire une ponction avec l'appareil Potain. Le 17 août, cette opération est pratiquée avec l'aide du Dr Poirier, de Saint-Mandé, et nous extrayons 1,500 grammes de liquide. Nous en avons profité pour faire refluer, afin de l'extraire, une bonne partie du liquide de la vaginale dans la cavité péritonéale. On essaye de nouveau un bandage, car ce qui effraye le plus les parents, c'est le volume du scrotum, dans lequel disparaît la verge.

Les choses n'allèrent pas trop mal jusqu'au 2 novembre ; il fallut ce jour-là renouveler la ponction qui donna issue à deux litres de liquide.

Tout alla assez bien jusqu'en juin 1879. Le 24 de ce mois, il fallut faire une troisième paracentèse et je ne pus retirer que 500 grammes de liquide ; le ventre avait à peine diminué et le lendemain il fallut recommencer.

Mais, pour éviter les fausses membranes qui peut-être la veille avaient été cause de mon insuccès, je résolus de pénétrer dans la vaginale. J'avais la presque certitude de retirer tout le liquide. C'est ce qui arriva. Je fais remarquer en passant que je crois être le premier qui aie eu cette idée ; depuis deux ou trois ans on a publié des observations analogues. Vingt-quatre heures après, un érysipèle se déclare autour de la piqûre, et mon illustre maître, M. Verneuil, est appelé en consultation. L'érysipèle se calme bientôt, l'ascite reparaît, mais très lentement, et reste très modérée. L'enfant avait alors quinze mois. Le foie diminue un peu, la moitié seulement de la fosse

iliaque en est remplie. Le ventre reste gros, le scrotum volumineux, mais la verge est saillante et l'enfant peut uriner en jet.

On sèvre l'enfant à dix-sept mois, et l'état général n'en est pas troublé.

Le 21 mars 1880, l'enfant avait alors deux ans, pendant qu'il crie beaucoup, il se produit une hernie inguinale droite. Quand j'arrivai, le facies était pâle, le pouls lent; des matières vertes fécaloïdes étaient vomies, mais la hernie put être réduite après une pression digitale douce et continue de une heure et demie.

Depuis, tout a marché à souhait.

L'enfant a aujourd'hui huit ans et demi, et ressemble à tous les enfants de son âge; il est aussi grand, aussi fort, aussi vif que ses camarades de classe. Le foie est encore gros, il déborde des fausses côtes de trois travers de doigt; il mesure 17 centimètres dans la ligne mamelonnaire verticale. Il est dur, non douloureux à la pression; la constipation est toujours opiniâtre et il faut recourir souvent aux lavements et au purgatif qui a toujours été le calomel.

Mme Ch... est redevenue enceinte au commencement de 1881; à cinq mois, elle eut une menace de fausse couche, mais le repos au lit, des frictions mercurielles largement appliquées arrêtèrent l'accident; à sept mois, nouvelle menace d'avortement; Mme Ch... se met au lit pour deux mois, on recommence le traitement mercuriel et le 21 novembre, elle a le bonheur d'accoucher d'une belle fille à terme, bien portante, pesant 3,200 grammes et dont la santé a toujours été parfaite.

M. Gubler, dans son mémoire, insiste sur ce point que, dans les hépatites syphilitiques qu'il a rencontrées, il n'a jamais vu d'ictère, bien qu'on ait écrit que, dans ces cas, il y en avait toujours. Notre observation est conforme à celle de M. Gubler. Mais ce maître insiste aussi sur ce point qu'il n'a jamais vu d'ascite chez ses petits malades, et il explique cette absence de liquide par l'action des veines que Cl. Bernard venait de découvrir, mais surtout par la diarrhée et les vomissements dont sont atteints les petits malades. Dans notre exemple, le bébé n'eut presque jamais de la diarrhée, mais, au contraire,

une constipation très prononcée. La remarque de M. Gubler semble donc assez juste.

Tous les malades dont on a publié les observations sont morts, le notre est bien portant, ce qui permettra désormais de porter un pronostic moins terrible que celui que j'avais donné à la famille, ne connaissant pas un seul cas de guérison.

DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA TRACHÉOTOMIE.

Leçon professée à l'hôpital des Enfants-Malades,

Par le Dr L.-A. de Saint-Germain,

Recueillie par les internes du service.

Je n'ai pas l'intention de faire aujourd'hui une étude complète de la trachéotomie ; cette étude sera l'objet d'une leçon ultérieure ; je veux seulement vous signaler certaines difficultés, certains accidents qui pourraient vous embarrasser.

La trachéotomie est toujours émouvante et dangereuse ; j'en suis arrivé à ma 389e opération, et ce n'est cependant pas encore sans une certaine émotion que je suis appelé près d'un enfant atteint de croup.

En règle générale, vous ne devez jamais faire une trachéotomie en ville, sans avoir adressé aux parents le discours préparatoire. Vous leur exposez que l'enfant est absolument perdu si on ne l'opère pas ; qu'il a une chance sur cinq de s'en tirer si on l'opère, mais qu'il peut survenir des accidents que vous ne pouvez indiquer d'avance, accidents rares à la vérité, mais pouvant entraîner la mort, pendant l'opération même.

A quoi tiennent ces accidents?

D'abord à l'*âge*. — Pour les anciens on ne devait pas opérer au-dessous de 2 ans ; on a aujourd'hui beaucoup reculé cette limite. J'ai fait des trachéotomies chez des enfants de 16 mois et qui ont guéri. Peter en a fait une à 11 mois. Mais à cet âge

les difficultés de l'opération sont plus considérables. La condition principale pour une bonne trachéotomie, c'est de fixer la trachée, et pour cela c'est la partie accessible des voies respiratoires, c'est-à-dire le larynx qu'il faut fixer. Or, chez les petits enfants, le cou est court, il est gras, et le larynx est difficile à sentir. Ainsi première difficulté, fixation de la trachée. Dans ces conditions il arrive parfois qu'on fait une incision latérale à la trachée et, pour peu que le parallélisme avec la peau soit détruit, il est fort difficile de retrouver le trou que l'on a fait.

Un accident grave, c'est *l'hémorrhagie ;* elle peut être due à la blessure du tronc veineux brachio-céphalique; cela est rare. J'en ai cependant vu un cas dans cet hôpital. J'avais été mandé une nuit, par mes internes, pour voir s'il y avait lieu d'amputer un enfant qui avait eu les jambes écrasées par un tramway. J'étais sur le point de me retirer, ayant reconnu que l'amputation était inutile, lorsqu'on vint me prévenir qu'il y avait une trachéotomie à faire dans le service de M. Labric.

Je ne voulus point faire l'opération pour respecter le droit de l'interne de garde, et je me bornai à servir d'aide. La trachéotomie fut faite très bas, lentement; en incisant couche par couche; tout-à-coup il sortit un jet de sang de la grosseur de l'index et l'enfant mourut. Je ne doute pas que dans ce cas le tronc brachio-céphalique n'ait été ouvert. Pour éviter un semblable accident, il faut donc opérer, le plus haut possible, au niveau du cricoïde, et même alors vous pourrez avoir des hémorrhagies. Vous savez, en effet, qu'autour de la trachée se trouvent des veines volumineuses ; ces veines, il est vrai, sont le plus souvent parallèles à la trachée, mais elles s'envoient parfois des anastomoses transversales qu'on sera obligé de sectionner.

Différents procédés ont été proposés dans ces cas. — On a dit de mettre une grosse canule ; de cette façon, l'enfant introduit dans ses poumons une plus grande quantité d'air, et d'autre part, la canule, par son volume, comprime les tissus, mais ce moyen ne réussit pas toujours. Vous devrez alors employer

des pinces hémostatiques. Vous saisissez avec votre pince, le bord de la trachée, le tissu cellulaire, la peau, en un mot tous les tissus que vous venez de sectionner ; vous placez ainsi deux ou trois pinces s'il est nécessaire. Dans une de mes dernières opérations, sur un enfant albuminurique avec œdème de la glotte, j'ai mis ainsi deux pinces que j'ai laissées pendant trois jours.

L'hémorrhagie est assez rare chez l'enfant, et le plus souvent elle s'arrête quand il a respiré ; il n'en est pas de même chez l'adulte ou le demi-adulte.

C'est pour éviter cet accident qu'on a conseillé d'employer le thermocautère, mais ce procédé présente un inconvénient qui le fera toujours abandonner chez l'enfant, c'est la formation d'eschares qui atteignent quelquefois la largeur d'une pièce de 5 francs.

Il me reste à vous parler des *hémorrhagies consécutives.* Ces hémorrhagies sont parfois très graves. Je fus appelé un jour pour opérer l'enfant d'un confrère, et j'ignorais que cet enfant était hémophilique. L'opération fut faite en un temps ; elle amena peu de soulagement. Deux heures après, survint une hémorrhagie considérable, en nappe, dont je ne pus venir à bout que par l'application d'un collier de glace.

En résumé, dans les hémorrhagies foudroyantes, — rien à faire ; — dans les hémorrhagies ordinaires, le plus souvent d'origine veineuse, vous emploierez soit les pinces hémostatiques, soit le collier de glace appliqué autour du cou.

Dans ma longue série d'opérations, je n'ai perdu qu'un seul enfant sur la table et dans les circonstances suivantes. J'avais été demandé le soir, au Bas-Meudon, pour opérer un enfant de 5 ans, tirant modérément, mais n'asphyxiant pas. L'enfant placé sur la table, j'incisai en un temps, et j'introduisis mon dilatateur ; il sortit une bouffée d'air et l'enfant respira. Je plaçai une canule assez grosse ; l'enfant ne respirait plus ou ne respirait que très difficilement. Croyant que ma canule n'était pas dans la trachée, je la retirai et je remis mon dilatateur. Immédiatement il se produisit un soulagement marqué

et l'enfant respira mieux. J'introduisis de nouveau ma canule et avec l'index je me rendis parfaitement compte qu'elle était dans la trachée; les mêmes phénomènes se reproduisirent; bref l'enfant mourut au bout de dix minutes. Je rentrai chez moi fort penaud, comme vous pensez, ne pouvant me rendre compte de cet accident. Le lendemain, en arrivant à l'hôpital, j'en parlai à mes internes, et hasard étrange, un fait semblable s'était produit dans la nuit à l'hôpital.

L'autopsie de cet enfant mort à l'hôpital fut faite soigneusement, et à 4 ou 5 centimètres de l'incision trachéale, nous trouvâmes un véritable bouchon de fausses membranes ne mesurant pas moins d'un centimètre de longueur et obturant complètement la trachée. Dans ce cas, comme chez l'enfant du Bas-Meudon, la canule, trop grosse, avait ramoné pour ainsi dire la trachée et refoulé les fausses membranes. Le soulagement qui se produisait lorsque j'introduisais un dilatateur était dû à la forme de celui-ci : j'emploie, en effet, un dilatateur long et pointu. En l'introduisant je faisais un peu de jour entre la paroi de la trachée et le bouchon pseudo-membraneux et je permettais ainsi à une certaine quantité d'air de passer. La morale à tirer de tout cela c'est qu'il faut employer des canules moyennes et, autant que possible, proportionnées au calibre de la trachée.

On a signalé des morts par syncope, survenant pendant l'opération; pour mon compte je n'ai jamais vu de pareils accidents. Un accident plus fréquent, avec lequel vous serez souvent aux prises, c'est la *difficulté d'alimenter* vos opérés. Cette difficulté tient à plusieurs causes : chez les enfants dont la gorge a été cautérisée à plusieurs reprises, la déglutition produit une telle douleur qu'il est impossible de leur faire avaler quoi que ce soit. Même chez les enfants qui n'ont subi aucune cautérisation, vous vous heurterez souvent à un mauvais vouloir dont vous ne pourrez venir à bout, ni par la douceur ni par la violence. Dans ce cas, vous avez un moyen bien simple à votre disposition : c'est le gavage. Vous introduisez par le nez une sonde d'homme en caoutchouc rouge et par cette voie

vous pouvez faire prendre à votre malade divers liquides nutritifs.

Il y a, après la trachéotomie, une période difficile à passer; c'est le moment précis où il faut retirer la canule. Certains auteurs conseillent de présenter à l'enfant une bougie allumée et de la lui faire souffler. Ce moyen, qui peut réussir chez des enfants dociles et d'un certain âge, est le plus souvent impraticable ; l'enfant est effrayé par cette bougie allumée qu'on approche de lui, il se met en colère et ne souffle rien du tout. D'autres ont conseillé de boucher la canule avec le doigt et de faire crier l'enfant. Un moyen plus commode et que je vous recommande, c'est d'augmenter insensiblement l'épaisseur de la cravate et de la serrer assez énergiquement autour du cou. Si l'enfant supporte bien cette cravate, vous pourrez alors essayer de retirer la canule.

Il y a des enfants qui ne peuvent supporter le retrait de la canule. En voici un exemple : C'est une enfant de 7 à 8 ans, que j'avais opérée pour un faux croup. Au septième jour je retirai la canule ; l'enfant ne paraissait pas mal s'en trouver lorsqu'elle eut l'idée d'aller se regarder dans une glace. Elle se figura que l'orifice de sa trachée se rétrécissait à vue d'œil et qu'elle allait étouffer ; elle eut une crise hystériforme, et le père, qui était un de nos confrères, remit la canule et ne voulut plus la retirer. Cette canule, l'enfant l'a gardée pendant sept ans, et ce n'est qu'au bout de ce temps que je parvins à convaincre le père, en lui proposant le moyen suivant. Nous endormîmes l'enfant, on boucha le trou de la canule et quand le père fut bien convaincu que l'enfant respirait facilement par le larynx, nous retirâmes définitivement la canule. Enfin il peut se produire, un temps assez long après l'opération, des *accidents exceptionnels* tels que celui que je vais vous rapporter. J'avais opéré un enfant en présence de Peter et Krishaber. Au bout de six jours, la guérison était complète; un mois après l'enfant respirait mal, il avait du cornage. On fit demander de nouveau Krishaber, et comme l'enfant résistait et refusait de montrer sa gorge, le père lui arracha brusquement le fichu

qu'il portait autour du cou ; immédiatement l'enfant se renversa en arrière et mourut. Le larynx, que Krishaber avait pu se procurer à grand'peine, fut examiné et nous trouvâmes, à peu près au niveau de la cicatrice trachéale, une sorte de papillome pédiculé. C'était ce papillome qui, pendant une expiration brusque, était venu se loger entre les lèvres de la glotte et avait amené l'asphyxie.

Un fait analogue, du moins comme mécanisme, s'est passé il y a quelques années dans cet hôpital. Je soignais, concurremment avec M. Labric, mon interne en pharmacie, atteint de diphthérie ; au bout de quelques jours, le malade allait aussi bien que possible, et il pouvait être considéré comme guéri, quand, un matin, on vint me prévenir qu'il était mort subitement.

Il avait évidemment succombé à la suite de la chute d'une fausse membrane sur la glotte.

Dans les cas de retrait difficile de la canule, on a conseillé d'employer des canules de plus en plus petites. C'est là un mauvais procédé. Je l'ai essayé sur le fils d'un ouvrier de chez Galante, que j'avais opéré avec l'aide de Krishaber. L'enfant dépérissait de jour en jour, par suite d'une respiration incomplète, absolument comme les enfants atteints d'hypertrophie des amygdales. Nous refîmes la trachéotomie, nous plaçâmes une grosse canule et l'enfant fut envoyé à la campagne. Au bout d'un certain temps, on put retirer la canule et la guérison fut complète. Dans ces cas, vous pourrez employer la canule de Broca, mais en évitant un usage trop prolongé, car alors il se produit autour de l'orifice supérieur de la canule une inflammation de la muqueuse qui se boursoufle et peut s'ulcérer.

Je ne veux pas terminer ce qui a trait à la canule, sans vous prémunir contre le danger qu'il y a de la changer trop tôt. Il faut, laisser en place votre première canule pendant quarante-huit heures ou tout au moins pendant vingt-quatre heures. Il faut, avant de faire ce changement, que le trou que vous avez pratiqué aux téguments se maintienne béant et paraisse, pour ainsi dire, creusé à l'emporte-pièce.

Vous ne devrez pas négliger certaines précautions avant de changer la canule. Vous ferez mettre l'enfant sur une table, vous lui ferez tenir la tête et vous aurez toujours un dilatateur à votre portée.

C'est pour n'avoir pas pris ces précautions qu'un jour je faillis perdre un enfant.

Je terminerai cette leçon en vous disant quelques mots sur l'emploi du dilatateur. Il est de mode aujourd'hui d'abandonner cet instrument et d'introduire la canule directement sur le doigt. Pour mon compte, je crois que cet abandon est injuste. Le dilatateur est toujours facile à introduire, si l'on ne lâche pas son larynx ; et une fois le dilatateur dans la trachée, l'enfant respire, et rien ne presse pour l'introduction de la canule. Je crois même qu'il est bon d'attendre quelques instants avant de faire cette introduction, car il m'est souvent arrivé, après avoir placé un dilatateur, de voir passer entre ses branches, un véritable flot de fausses membranes, qui auraient eu beaucoup de peine à sortir par la canule.

ANGINE DIPHTHÉRIQUE ET CROUP
CHEZ UN ENFANT DE ONZE MOIS.
CRICOTRACHÉOTOMIE. — GUÉRISON.

Par le Dr P. Geffrier,
Médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (service des enfants),

La réceptivité des enfants pour la diphthérie sous la forme d'angine ou de croup, dans la première année de leur existence, bien qu'attestée de temps en temps par des observations éparses dans les recueils de clinique, n'en est pas moins un fait assez rare qu'il est intéressant de noter toutes les fois qu'il se rencontre.

L'application heureuse de la trachéotomie au traitement du croup de cet âge n'est pas non plus un fait nouveau, mais elle présente pour le praticien qui tient à ne pas rester au-dessous

de sa mission un tel intérêt, qu'aucune des particularités du mode opératoire dans les cas heureux n'est indifférente à relater. C'est à ce point de vue qu'il a paru utile de rapporter l'observation qui va suivre.

Besnard (Georges), âgé de 11 mois et 10 jours, entre au pavillon d'isolement du service des enfants, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 6 avril 1886. Il habite dans le faubourg Madeleine où depuis quelque temps sévit une petite épidémie locale de diphthérie.

L'enfant est d'une bonne santé habituellement; il semble vigoureux, cependant il n'a pas encore une seule dent et pour ainsi dire pas de cheveux. Il est élevé au sein par sa mère qui semble assez bonne nourrice, il prend en outre habituellement un peu de soupe.

On s'est aperçu qu'il était malade, le 2 avril, mais les parents ne se sont pas inquiétés, et le traitement a été à peu près nul.

Il entre dans notre service le 6 avril, à 8 heures du matin, et nous le voyons presque immédiatement :

La gorge est entièrement tapissée de fausses membranes. La toux est fréquente, rauque en même temps que voilée, le cri est également voilé. La respiration assez fréquente (25 inspirations en moyenne à la minute) est pénible et bruyante, le tirage sus-sternal et épigastrique sont très prononcés. Cet état dure, en s'aggravant, depuis la veille au soir, sans qu'il y ait eu d'accès de suffocation bien tranchés.

Le murmure vésiculaire ne peut s'entendre en aucun point de la poitrine, mais la sonorité y est partout parfaitement normale. Le tirage augmente de plus en plus, et vers onze heures du matin l'enfant commence à être en proie à l'asphyxie.

Prenant en considération la constitution vigoureuse de l'enfant, l'allaitement maternel qui a pu être continué jusqu'à ce matin (l'enfant ayant consenti à prendre le sein malgré sa dyspnée), l'intégrité probable des poumons, et enfin le désir

exprimé par la mère, qui, mise au courant de la situation, nous prie de faire tout ce qui sera possible pour sauver la vie de son enfant, nous nous décidons à pratiquer la trachéotomie :

Le tubercule antérieur du cartilage cricoïde étant bien reconnu à travers la peau, l'incision cutanée est commencée 2 millimètres plus haut, et prolongée sur une longueur d'environ 2 centimètres.

Un second coup de bistouri, incisant les parties molles, donne un jet de sang veineux arrêté immédiatement par l'application de l'index gauche qui, en même temps, reconnaît au fond de la plaie le tubercule du cricoïde, et l'espace intercricothyroïdien.

La trachée et le larynx étant très mobiles, et l'enfant s'agitant passablement, pour assurer l'ouverture de la trachée, le pouce et l'index de la main gauche saisissent latéralement le larynx à travers les téguments et l'attirent en avant, l'énucléant pour ainsi dire, comme dans le procédé en un seul temps de M. de Saint-Germain. Le cricoïde est ainsi fixé et rapproché de l'orifice de la plaie ; le bistouri plonge facilement dans la membrane cricothyroïdienne en glissant sur l'ongle de l'index gauche qui n'a pas bougé de place : le cricoïde et deux anneaux de la trachée sont incisés, et la canule n° 0 (Charrière) avec embout de Krishaber, est introduite facilement, sans dilatateur, sur l'ongle de l'index introduit dans la plaie trachéale qu'elle préserve de l'introduction du sang.

La canule, mise en place, est attachée un peu serrée, l'hémorrhagie s'arrête immédiatement sans que l'enfant ait perdu plus de 10 grammes de sang environ.

Plusieurs fausses membranes ont été rejetées par la canule au moment de son introduction.

L'enfant reste quelques instants encore abattu, prostré et respirant mal ; on le ranime en le frictionnant avec de l'alcool camphré, en lui frappant les joues et les tempes avec un linge mouillé d'eau froide ; on active les mouvements respiratoires en excitant la muqueuse de la trachée avec l'extrémité d'une plume d'oie introduite par la canule. L'état devient rapide-

ment satisfaisant et bientôt l'enfant prend avec avidité le sein de sa mère. Il tette abondamment et fréquemment pendant le courant de la journée, et ne prend aucune autre nourriture, aucune potion. On se contente de faire d'une façon continue auprès de son berceau, des vaporisations antiseptiques. (Solution d'acide phénique 50/1000 avec feuilles d'Eucalyptus.) Température du soir, 38°,8.

7 avril. État général satisfaisant, les poumons respirent bien partout.

Changement de canule : la canule, une fois enlevée, l'enfant est pris d'un violent accès de suffocation, on lui retire de la trachée, avec une pince courbe, puis avec une plume d'oie, plusieurs larges fausses membranes; l'une d'elles présente la forme parfaitement moulée de la trachée et de l'origine des deux bronches. Température axillaire : matin, 38°,6; soir, 39°,4.

Plusieurs membranes sont encore rejetées par la canule pendant la journée et la nuit. Il y a un peu de diarrhée.

Le 8. Il continue à bien teter ; respiration normale à l'auscultation; sonorité également normale. Cependant l'enfant semble abattu et fatigué. Il n'est pas rejeté de fausses membranes pendant le changement de canule, et la pince courbe introduite par la plaie n'en ramène pas. Température : matin, 38°,4; soir, 38°,6.

On continue les vaporisations antiseptiques, et on prescrit une potion :

Cognac........................	5 grammes.
Sirop de sucre..................	55 —
Solution de sulfate de strychnine à 1/5000......................	XXX gouttes.

Le 9. Même état; on continue la potion. Température : matin, 37°,6; soir, 38°2.

Le 10. L'enfant a plus d'entrain, il prend très bien le sein. Température le matin, 37°,5.

Le 11. Bon état général, rien aux poumons. Il boit un peu de lait au verre.

Le 12. L'enfant passe trois heures sans canule et respire bien pendant ce temps.

Il tousse un peu dans la journée. Température : matin, 37°,5; soir, 38°,4.

Le 13. La canule est enlevée le matin et n'est remise qu'à 4 heures du soir. L'enfant continue à tousser et présente des symptômes de bronchite, surtout du côté gauche. Il n'y a plus de fausses membranes dans la gorge. Température : matin, 37°,2 ; soir, 38°,5.

Le 14. Râles humides dans toute l'étendue du poumon gauche ; malgré cela, la canule est enlevée dans la matinée; le soir vers huit heures, l'enfant s'endort sans canule, et la nuit se passe sans qu'il ait été nécessaire de la replacer.

On fait, à gauche, un badigeonnage de teinture d'iode. Température : matin, 37°,2; soir, 37°,5.

Le 15. Râles de bronchite dans les deux côtés de la poitrine. Température : matin, 37°,1; soir, 37°.

Le 16. Même état ; cependant l'enfant a pris de la soupe, il continue à bien téter et sa digestion est parfaite. Température : matin, 38°,5 ; soir, 37°,4.

On abaisse à X gouttes au lieu de XXX la quantité de la solution de sulfate de strychnine au 1/5000e qui entre dans sa potion alcoolisée.

Le 17. L'état général reste bon malgré la persistance de la bronchite ; nouveau badigeonnage à la teinture d'iode. Pas de fièvre.

Le 18. La plaie opératoire est complètement cicatrisée ; la voix est claire. Diminution des râles de bronchite.

Le 21. L'enfant va bien.

Le 24. L'enfant quitte l'hôpital ayant encore quelques râles muqueux disséminés. On le ramène à la consultation quelques jours après ; son état n'a pas changé. Il y est encore ramené dans les premiers jours du mois de mai ; à ce moment il va tout à fait bien.

Je crois que les cas de guérison après trachéotomie pour

croup sont rares au-dessous de un an; il me semble cependant ne pas me tromper en citant le cas d'un enfant d'environ un an opéré et guéri par M. de Saint-Germain, en 1882, aux environs de Paris. Un autre enfant, âgé de quatorze mois, a été, si je me souviens bien, opéré et guéri en 1881, à Necker, par M. Cuffer, alors chef de clinique du professeur Potain. Ces deux enfants, d'après les renseignements que j'ai recueillis, étaient encore nourris au sein par leur mère.

Il se pourrait qu'on trouvât encore d'autres cas semblables; quoi qu'il en soit, je crois pouvoir en tirer la conclusion suivante :

C'est à tort qu'on a voulu considérer comme une contre-indication à la trachéotomie l'âge au-dessous de deux ans; des enfants beaucoup plus jeunes peuvent guérir, et lorsque l'indication s'en présente, il faut opérer même quand l'enfant n'aurait que dix à douze mois, s'il est vigoureux, sans complication grave, telle que broncho-pneumonie, rougeole ou diphthérie toxique, enfin, s'il est nourri au sein et continue à téter convenablement malgré sa maladie.

Je reviendrai sur deux points de mon observation :

Le procédé, imité comme je l'ai dit de la trachétomie en un seul temps de M. de Saint-Germain, par lequel le larynx est fixé entre le pouce et le médius de la main gauche et attiré en avant, de manière à fixer la partie supérieure de la trachée et à la rapprocher de l'incision de la peau, rendra grand service chez les très petits enfants, dont la trachée petite et très mobile n'est pas toujours facile à ouvrir convenablement, surtout si le pannicule graisseux sous-cutané présente une certaine épaisseur, comme c'est la règle à cet âge.

J'ai mentionné au cours de l'observation, des vaporisations antiseptiques; j'y attache une trop grande importance pour ne pas y revenir. Ce sont surtout les communications du Dr Renou, de Saumur, et de M. Réné Couëtoux, qui ont paru dans le *Bulletin de thérapeutique*, qui m'ont engagé à essayer les vaporisations antiseptiques, et depuis six mois qu'elles fonctionnent dans mon pavillon d'isolement, je dois dire que le

résultat a dépassé mon espérance. M. Paterne, interne à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, qui a recueilli l'observation qui précède, prépare en ce moment sa thèse sur l'emploi des vaporisations dans le traitement du croup; je me bornerai à donner ici le résumé des résultats obtenus pendant ces six mois :

Il est entré dans le pavillon d'isolement 21 enfants atteints de croup avéré (j'en élimine un pour lequel on aurait pu, à la rigueur, admettre une laryngite striduleuse avec angine pultacée). Sur ces 21, 2 ont guéri sans opération après avoir présenté pendant trois jours du tirage et des accès de suffocation.

Chez les 19 autres, il a fallu faire la trachéotomie; sur ces 19, 14 sont sortis guéris, 4 sont morts; le dernier opéré depuis six jours au moment où j'écris ces lignes me donne quelque espoir de guérison, bien qu'il présente encore quelques traces d'une broncho-pneumonie double qui a éclaté dès le lendemain de l'opération. Si l'on objecte que les vaporisations n'ont pu empêcher la trachéotomie que dans deux cas sur vingt et un, je répondrai que les enfants ne sont envoyés à l'hôpital qu'à une période déjà avancée de la maladie et lorsque la trachéotomie semble devoir rester la seule ressource.

Ce n'est d'ailleurs qu'incidemment que je m'occupe ici de cette question qui sera traitée plus complètement ailleurs; je me bornerai à indiquer, en terminant, de quelle solution je me sers pour les vaporisations : j'emploie tout simplement la solution phéniquée forte de Lister à 50 p. 1000, et j'y fais ajouter une poignée de feuilles d'Eucalyptus. La solution est mise dans un large plat en fer battu placé sur un fourneau au pétrole à deux becs; le tout placé sur un plateau de tôle pour écarter les dangers d'incendie, est placé aussi près que possible des lits où sont les petits malades.

La vaporisation est permanente, la nuit aussi bien que le jour; en même temps, la température de la chambre est constamment maintenue à 20 ou 22° centigrades.

REVUES DIVERSES

I. — ANALYSES ET EXTRAITS DIVERS.

Ueber die Häufigkeit der Tuberculosis und die hauptsächlichen Lokalisationen derselben im zartesten Kindesalter (De la fréquence de la tuberculose et de ses principales localisations dans la première enfance), par W. FRŒBELIUS. (*Iahrbuch für Kinderheilkunde*, 1886. t. XXIV, fac. 1 et 2.)

De 1874 à 1883, 91,370 nourrissons, âgés de 1 à 4 mois, furent soignés à la crèche de Saint-Pétersbourg; 18,569 d'entre eux succombèrent, mais sur l'ensemble des nourrissons, 416 seulement, par conséquent à peine 0,4 p. 100 moururent de tuberculose. Se basant sur cette faible mortalité, l'auteur conclut que la tuberculose est une maladie rare durant la toute première enfance. Le sexe ne paraît jouer aucun rôle dans la mortalité par tuberculose, car sur 416 malades, on compte 212 garçons et 204 filles. Le chiffre le plus élevé de la mortalité correspondait avec les trois premiers et le dernier mois de l'année, par conséquent, avec les saisons les plus froides; en été, les malades étaient toujours le moins nombreux.

Relativement à l'âge et au poids des enfants morts de tuberculose, il résulte des tableaux dressés par l'auteur, que le chiffre le plus élevé de la mortalité (64,5 p. 100) concernait des enfants bien nourris et fortement développés (poids variant de 2,500 à 4,500 gr.), tandis que le reste des chiffres de la mortalité (35,5 p. 100), se rapportait à des enfants pesant de 1,000 à 2,500 grammes. La plupart des enfants mouraient au bout d'un séjour de 2 à 4 mois à la crèche (68 p. 100); 14,6 p. 100 mouraient plus tôt et 18 p. 100 ne succombaient qu'après quatre mois de séjour à l'hôpital.

Aucune maladie ne parut prédisposer d'une façon particulière à la tuberculose. Les cas de tuberculose se trouvaient à peu près également disséminés dans les différentes salles spéciales de l'établissement hospitalier.

Pour ce qui concerne la localisation de la tuberculose, les chiffres dressés par M. Frœbelius démontrent nettement que les poumons se sont trouvés envahis dans tous les cas. Puis viennent, par ordre de

fréquence, les ganglions bronchiques, 99,2 p. 100 ; le foie, 88 p. 100 ; la rate, 86,5 p. 100 ; l'intestin, 26,9 p. 100 ; le cerveau et les méninges, 24,5 p. 100 ; les reins, 22,6 p. 100 ; les ganglions mésentériques, 16,1 p. 100 ; le cœur et le péricarde, 3,4 p. 100 ; les plèvres, 4,5 p. 100 ; les premières voies respiratoires, 2,4 p. 100. Il résulte de ces chiffres que, même dans les premiers mois de la vie, la tuberculose par inhalation est beaucoup plus fréquente que la tubercutose intestinale ou par alimentation.

Parmi les lésions pulmonaires, l'auteur a rencontré la pneumonie caséeuse dans 34,8 p. 100, la péribronchite et la pneumonie dans 46 p. 100, des cavernes dans 7 p. 100, et de la tuberculose miliaire sans altération parenchymateuse dans 12 p. 100. Dans ces derniers cas, on a toujours pu trouver une infiltration caséeuse des ganglions bronchiques.

Cette localisation de la tuberculose chez les enfants, comparée à celle qui s'observe habituellement chez les adultes, montre que, chez les premiers, la maladie est beaucoup plus disséminée que chez les seconds, que la tuberculose des ganglions bronchiques est également d'une fréquence beaucoup plus considérable chez les enfants, mais que, par contre, la tuberculose intestinale et mésentérique s'observe surtout à un âge plus avancé.

Ein Fall von Atropinvergiftung (Un cas d'empoisonnement par l'atropine), par H. Hoffmann. (*Correspondentzblatt für Schweizer Aerzte*, 1886, nº 4).

Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans et demi, qui avait avalé 3 centigr. d'un collyre composé de sulfate d'atropine : 5 centigr., eau distillée : 10 gr. Au bout de trois quarts d'heure, rougeur très vive étendue à toute la surface du corps, puis convulsions intenses. Plusieurs vomitifs administrés coup sur coup restèrent sans résultat. Bientôt, les pupilles, dilatées à leur maximum, ne réagirent plus. Délire violent ; pouls plein, régulier : 120 pulsations par minute. Au bout de six heures, administration d'une solution de tannin à l'intérieur ; en outre, bain tiède prolongé et compresses froides sur la tête. Le malade s'endormit enfin et fut pris en outre de vomissements. Le lendemain soir, les pupilles étaient toujours considérablement dilatées ; le malade présentait encore des étourdissements, néanmoins, tout danger avait disparu.

Ueber den therapeutischen Werth der Cocapräparaten im Kindesalter (De la valeur thérapeutique des préparations de coca dans l'enfance), par B. Pott. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*), 1886, t. XXIV, fasc. 1.

La teinture de coca (1 partie de feuilles, 5 parties d'alcool) fut administrée selon l'âge de l'enfant toutes les heures ou toutes les deux heures à la dose de 5 à 20 gouttes. Elle a donné d'excellents résultats dans le choléra infantile. Peu de temps après l'administration du médicament, les selles devenaient moins fréquentes et présentaient plus de consistance. L'action du coca a été nulle dans toutes les affections de l'appareil respiratoire. Dans les inflammations du pharynx et des amygdales, une solution de cocaïne à 5 p. 100, fait disparaître en très peu de temps les difficultés de la déglutition. Mais c'est surtout dans la coqueluche que les solutions de cocaïne, appliquées localement, font merveille. Dans tous les cas soumis à ce mode de traitement, les quintes de toux, d'abord au nombre de 20, s'étaient réduites à 3 ou 4, dès les premières vingt-quatre heures. Enfin, administrée à l'intérieur, dans différents états convulsifs, la coca n'a point paru avoir d'action plus efficace que les autres agents nerviens.

Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Darmkrankheiten der Kinder (Des modifications dans le poids du corps chez les enfants atteints d'affections intestinales), par le Dr Nakatsa Mirjamoto. (*Archiv. für Kinderheilkunde*, 1886, t. VII, Fasc. 3 et 4.)

L'auteur a étudié les modifications qu'a subies le poids du corps dans les affections suivantes : 1° dyspepsie (10 cas) ; 2° catarrhe intestinal (15 cas) ; 3° entérite folliculaire (8 cas) et 4° choléra infantile (6 cas). Les pesées ont été faites régulièrement deux fois par jour, le matin et le soir, et pendant un espace de temps variant de cinq à trente-cinq jours. Pour se rendre un compte aussi exact que possible des déperditions du poids, l'auteur s'est basé principalement sur les chiffres de croissance dressés par Quetelet et Bouchaud. Voici les conclusions de cet intéressant travail.

1° Dans la dyspepsie, l'augmentation normale du poids du corps est toujours troublée. Dans les cas légers, le poids reste stationnaire, dans les cas plus graves, on observe, au contraire, une diminution

de poids qui, chez les malades étudiés par l'auteur, a atteint 484 gr.' soit une déperdition de 33 grammes par jour en moyenne;

2° Le catarrhe intestinal se comporte de la même façon — la déperdition de poids a oscillé entre 28 et 688 grammes — en moyenne les enfants perdent de 180 à 250 grammes;

3° Dans l'entérite, la diminution du poids s'observe très rapidement, dès le deuxième ou troisième jour de la maladie. Elle est d'autant plus grande que la fièvre est plus élevée. L'auteur rapporte l'observation d'un petit malade qui, dès le deuxième jour de sa maladie, avait perdu 700 grammes. Lorsque la guérison survient rapidement, le poids du corps augmente vite, le contraire s'observe dans les cas de convalescence lente;

4° C'est dans le choléra infantile qu'on observe en très peu de temps la plus grande déperdition dans le poids du corps. Les malades peuvent perdre 1/10 de leur poids dans l'espace de vingt-quatre heures; ces cas se terminent tous par la mort.

Ueber den diagnostichen Werth der Untersuchung per Rectum bei Coxitis (De la valeur diagnostique du toucher rectal dans la coxalgie), par A. Schmitz. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 11.)

L'auteur attire l'attention sur un nouveau mode d'exploration qui permettrait, dans un grand nombre de coxalgies, de fixer nettement le point de départ de la maladie. Ce procédé consiste à pratiquer à travers le rectum, la palpation de la face postérieure de la cavité cotyloïde, au niveau de laquelle on arrive à percevoir ainsi, dans certains cas, une fluctuation circonscrite, très nette. A l'appui de cette opinion, il rapporte les observations suivantes :

1° Un petit garçon âgé de 3 ans, présente au niveau de la région trochantérienne du côté gauche un abcès volumineux; en même temps, la cuisse correspondante se trouve dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Comme les mouvements étaient restés libres dans l'articulation coxo-fémorale, et qu'en outre, l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire faisait une légère saillie au dehors, on pouvait bien avoir des doutes au sujet du point de départ de l'abcès. En pratiquant le toucher rectal, l'auteur trouva dans le petit bassin, au niveau de la cavité cotyloïde, une tuméfaction volumineuse, circonscrite, non encore fluctuante, qui permit de diagnostiquer net-

tement l'existence d'une coxalgie; l'incision de l'abcès et la résection de la tête fémorale vinrent confirmer le diagnostic ;

2° Un enfant de 5 ans, fut atteint d'une coxalgie du côté gauche, consécutivement à une rougeole. Foyer purulent volumineux à gauche et en arrière des fessiers. Par le toucher rectal on trouva à la face postérieure de la cavité cotyloïde un abcès à peu près du volume d'un œuf de poule, qui occasionnait depuis longtemps des douleurs pendant la défécation. Lorsqu'on pratiqua la résection, on mit à nu dans le fond de la cavité cotyloïde un séquestre tuberculeux de la grosseur d'un pois ;

3° Un enfant, âgé de 5 ans, est atteint de spondylite. En outre, la cuisse gauche se trouve dans la flexion et l'adduction. Au-dessus du trochanter, fluctuation profonde. Le toucher rectal permit encore de découvrir un abcès du volume d'une noisette, au niveau de la cavité cotyloïde. En pratiquant la résection, on trouva une communication entre la cavité cotyloïde et le bassin.

Incarcerirter Nabelbruch bei einem Säugling. Herniotomie. Heilung (Étranglement d'une hernie ombilicale chez un nourrisson. Herniotomie. Guérison), par J. Zielewicz. (*Centralblatt für die gesammte Medicin*, 1886, n° 23.)

Un enfant âgé de 8 mois, bien nourri et de bonne santé, présenta, quelques semaines après la naissance, une hernie ombilicale de la grosseur d'une noisette qui put être maintenue facilement au moyen d'un bandage. Le 17 avril, l'enfant fut très agité, et pendant qu'il ne cessait de crier, sa hernie se mit subitement à grossir. Toutes les tentatives de réduction faites par la sage-femme restèrent sans résultat et le malade refusa tout aliment. A partir de ce moment, arrêt absolu des selles, bientôt vomissements répétés et ballonnement considérable du ventre. Le surlendemain matin, les symptômes d'étranglement persistent, on résolut de tenter la réduction sous le chloroforme, et de pratiquer le cas échéant l'herniotomie. La tentative de réduction n'eut aucun succès, bien plus à la suite du taxis répété, il se produisit sur les enveloppes extérieures du sac herniaire une petite éraillure par laquelle s'écoula un liquide clair, séreux. Passant une sonde cannelée dans cette éraillure, l'auteur incisa le sac et mit ainsi à nu une anse du petit intestin, qu'il ne put réduire qu'après avoir

incisé, en trois points différents, l'anneau herniaire. Guérison par première intention.

Dr G. Boehler.

On the extreme duration of Infectiousness in Measles, Mumps, Small pox, Scarlatina and Diphtheria (De la durée extrême de l'infectiosité dans la rougeole, les oreillons, la petite vérole, la scarlatine et la diphthérie, par le Dr Thos. F. Raven, membre du *Royal College of Physicians*, dans le *Brit. Med. Journ.* du 24 juillet 1886.

Il est établi en général que les maladies précédées par une longue incubation sont caractérisées par un cours bien défini, que les suites en sont ordinairement insignifiantes et que leur infectiosité dure peu. Au contraire, une courte période d'incubation se montre généralement avant une maladie subitement très aiguë qui, après un décours plus ou moins long, conserve un caractère d'infection continue avec des suites d'une nature définie et grave, souvent compliquées par des rechutes. On a donc pu poser en principe que la durée de l'incubation et la durée de l'infectiosité sont en raison inverse l'une de l'autre.

La vaccine donne de bons spécimens de ces variations. En effet, quoique le progrès de la vésicule vaccinale ait une remarquable régularité, on voit des différences dans la longueur de la période d'incubation chez des enfants vaccinés avec le même vaccin et dans les mêmes conditions.

Dans la *rougeole* qui a une période d'incubation longue et convenablement uniforme, durant de douze jours à quinze jours, l'infection se développe de bonne heure et disparaît de même. D'après le code des règles établies par les médecins inspecteurs de la santé dans les écoles, un élève peut rentrer en classe, trois semaines après la date de l'éruption rubéolique.

Les *oreillons* ont aussi une longue période d'incubation qui peut durer de quatorze à vingt et un jours; vingt-deux au plus. Or, conformément à la règle posée plus haut, les oreillons sont de très bonne heure infectieux. Cette infection se fait si promptement sentir que l'isolement le plus tôt et le plus résolument appliqué, ne préserve pas la famille ou l'école de l'invasion de la maladie. Mais l'infection n'est pas communicable pendant longtemps. Aussi la quarantaine imposée aux enfants des écoles atteints d'oreillons n'est-elle pas de

plus de trois semaines, après que l'engorgement glandulaire a cessé.

La période d'incubation de la *petite vérole* est peut-être plus définitivement établie et plus uniforme que celle d'aucune autre maladie aiguë. Elle comprend un long décours de quinze jours et ne supporte que peu de variations. La règle se vérifie par rapport au pouvoir infectieux de la petite vérole qui est très grand dès le début. Selon Marson, dont l'expérience était immense en cette matière, la petite vérole est communicable dès que commence la fièvre initiale. Il dit qu'elle peut être transmise par l'haleine du patient, avant que l'éruption se montre sur la surface du corps. La terminaison de l'infection dans la petite vérole est bien définie. Aussitôt que la surface de la peau est devenue unie et qu'elle est purgée de croûtes et de crasse, la crainte de l'infection doit être écartée.

Si la période d'infection est bien accentuée dès le début, il ne s'en suit pas qu'elle soit courte. Ici, la petite vérole fait une infraction à la règle, car la durée du temps nécessaire pour que la peau se nettoie entièrement peut s'étendre considérablement surtout chez les personnes qui ne sont pas vaccinées.

La *scarlatine* passe pour avoir une courte période d'incubation, très capable d'ailleurs de varier dans sa durée. La rapidité de son développement dans certaines circonstances est indiscutable et quelquefois surprenante. L'auteur l'a vue éclater sous la forme d'un *rash*, chez un enfant qui n'avait été soumis que douze heures aux causes de l'infection. Un enfant qui avait été acheter quelque chose dans une boutique où il y avait un scarlatineux devient malade sur-le-champ. D'autres exemples font supposer, au contraire, une incubation très lente. Telle est l'invasion de la scarlatine, après une opération chirurgicale ou un changement d'air qui semblent avoir mis en jeu, par ébranlement de l'organisme, un poison latent.

Le pouvoir infectieux de la scarlatine persiste longtemps. La règle suivie par les *Medical officers of health* est que la quarantaine doit être de six semaines, après l'apparition du premier rash, à condition qu'il n'y ait plus en définitive de desquamation et que tout catarrhe nasal ait cessé.

La desquamation de l'épiderme est regardée en général comme la cause la plus puissante de l'infection dans la scarlatine, mais on a tort de ne penser qu'à la desquamation de la peau.

La *néphrite scarlatineuse* est souvent une des conséquences de la scarlatine et peut devenir une affection chronique. Or, cette forme de

desquamation peut communiquer la maladie, aussi bien que celle des tissus externes, non pas, il est vrai, tout le temps où les écailles épidermiques sont suspendues dans l'urine, mais lorsque cette urine a été répandue et séchée soit dans les draps, les vêtements ou sur le sol.

L'auteur fut appelé il y a peu de temps pour voir une jeune femme atteinte d'anémie et d'un trouble fébrile d'une nature indéfinie. Son urine était chargée d'albumine dans laquelle le microscope faisait découvrir une grande quantité d'épithélium et de sang. On trouva qu'une de ses sœurs avait eu récemment la scarlatine et qu'elle aussi était atteinte d'une néphrite desquamative. Deux autres sœurs qui n'avaient pas montré de signes de scarlatine rendaient aussi de l'épithélium rénal et du sang. La mère et un frère étaient les deux seuls membres de la famille qui n'eussent pas d'albuminurie. Il est vrai qu'ils avaient eu déjà la scarlatine.

Quant à la diphthérie, il paraît généralement admis que son pouvoir infectieux sur les personnes ne dure pas longtemps. D'après les règles d'hygiène publique établies pour les écoles par les autorités médicales, un malade, convalescent de diphthérie, peut être considéré comme inoffensif, trois semaines après la date des premiers symptômes, pourvu qu'il n'y ait rien, plus rien, à la gorge, plus d'angine, plus de catarrhe des muqueuses ni d'albuminurie. Dans certaines circonstances pourtant, l'infection peut être indéfiniment prolongée.

Le Dr Astley Greswell a récemment attiré l'attention sur ce qu'il appelle la *diphthérie chronique*. D'après la théorie de cet auteur, supportée par des preuves très solides, la diphthérie, dans certaines conditions, surtout dans celles d'un milieu malsain, peut devenir une maladie chronique capable de répandre, de temps en temps, son infection.

Puisque dans *les suites* des autres maladies infectieuses, l'infection peut accompagner des phénomènes morbides consécutifs, on peut admettre qu'un malade souffrant de paralysie diphthéritique est capable d'en infecter d'autres.

Une famille contracta la diphthérie à Londres. Tous furent malades, à l'exception d'un seul petit garçon. La famille alla s'installer au bord de la mer, et, après plusieurs semaines, le petit garçon qui n'avait pas été pris du croup fut admis à voir ses frères et sœurs dont l'un était atteint de paralysie diphthéritique. A peine le dernier petit garçon fut-il réuni à sa famille qu'il contracta une angine avec

exsudats pharyngés d'une nature douteuse qui d'ailleurs se termina par la guérison.

A case of **Imperforate Anus operated upon, for the first time, on the Twenty seventh Day, after Birth (Opération pratiquée sur un anus imperforé pour la première fois le vingt-septième jour après la naissance)**, par le Dr Oscar J. Coskery. In *New-York Med. Journ.*, 3 juillet 1886.

Le 10 décembre 1885, dit le Dr Coskery, je vis pour la première fois l'enfant mâle de Mrs H. Il avait alors 26 jours et sa mère me raconta l'histoire suivante : Depuis un à deux jours, l'enfant avait eu une certaine difficulté à s'allaiter, mais jusque-là il avait parfaitement tété, bien qu'une portion du lait absorbé dans l'estomac fût généralement rejetée. Le quatorzième jour, il se produisit des vomissements d'une matière extrêmement fétide, qui se continuèrent jusqu'au 9 décembre 1885, le jour même où je vis l'enfant.

Je trouvai un enfant faible et chétif, avec un abdomen très distendu, des vaisseaux superficiels très dilatés. Les mouvemements péristaltiques de l'intestin étaient facilement perceptibles à travers l'abdomen. Il y avait aussi une grande accumulation de gaz. A l'endroit où l'anus aurait dû se trouver, il y avait un *cul-de-sac* d'environ un demi-pouce de profondeur. Le petit doigt, introduit dans cette ouverture, semblait causer de la douleur. On ne pouvait percevoir de fluctuation au-dessus du sac.

Le jour suivant, vingt-sept jours après la naissance, une canule de belle dimension et un trocart furent introduits dans le cul-de-sac et poussés en avant d'environ un demi-pouce avant que la résistance fut vaincue. Le trocart étant retiré, il sortit environ le tiers d'une tasse à thé de matière fécale. Après que tout ce qui put sortir eut fait issue, une sonde fut passée dans l'ouverture faite par le trocart et mise en mouvement dans toutes les directions pour accroître son orifice.

La 12 décembre, ou vingt-quatre heures après l'opération la canule avait été retirée de temps en temps, il n'était pas sorti de matières fécales et le ventre de l'enfant était aussi distendu qu'avant.

J'introduisis de nouveau, dit le Dr Coskery, la plus grosse canule de trocart, autant que possible dans la même direction que la première. En retirant le trocart, il s'échappa une grande quantité de gaz,

bientôt suivie par environ 3 *fluid ounces* de matière fécale. Mais ce flux s'arrêta encore une fois à cause de la grande solidité des matières. La sonde directrice trouva l'ouverture faite par le trocart et fut passée d'outre en outre. Depuis ce moment jusqu'à 9 heures le jour suivant, l'enfant eut 9 selles et son ventre diminua beaucoup de volume. Il n'y eut pas pour le moment d'autre intervention opératoire, et jusqu'au 23 décembre, c'est-à-dire dans les onze jours qui suivirent la dernière introduction du trocart, l'enfant eut environ sept évacuations dans les vingt-quatre heures. Chacune d'elles était peu de chose et l'abdomen restait distendu, mais l'aspect général s'était beaucoup amélioré; il s'alimentait bien et n'a pas eu de vomissement à partir de la première évacuation. On apprit à la mère à se servir d'un instrument mousse pour tenir ouvert l'orifice de communication.

Après diverses péripéties, l'enfant guérit le 30 mai, ayant régulièrement deux selles par jour, sans le secours d'aucun moyen artificiel.

Le point le plus important de cette observation est la longueur du temps pendant lequel l'enfant est resté après sa naissance sans aucun secours contre l'accumulation des matières fécales (environ quatre semaines).

La littérature sur ce point n'est pas très riche. On trouve pourtant dans la *Surgery* de Chelius, v. III, p. 34, un cas dans lequel, après un effort infructueux avec une lancette, un pharyngotome fut introduit le douzième jour et l'enfant guérit par le moyen de clystères et de tentes.

Dans les *Lectures upou Diseases of the Rectum*, par Van Buren, New-York, 1881, on trouve à la page 365 : « Ashton rapporte l'observation d'un enfant imperforé qui est mort le huitième jour d'une péritonite. »

Dans les *Transactions of the Path. Soc. of London*, Jonathan Hutchinson rapporte un autre cas de mort le huitième jour, pendant que les personnes qui avaient droit sur l'enfant, hésitaient au sujet de l'opération.

Bryant : *Practice of Surgery*, p. 522, dit : M. R. Harrison, de Liverpool, rapporte le cas d'un enfant qui naquit avec un anus imperforé et qui fut heureusement opéré, dans la région anale, *trente-trois jours* après sa naissance. (*Lancet*, February, 26, 1876).

Il est question d'un autre cas dans la *Lancet*, de Londres, du 15 mai 1880, dans lequel M. Willet ponctionna le septum le *trente-troisième*

jour, mais il n'en tira que du liquide séreux et l'enfant mourut de péritonite.

Autres indications bibliographiques :

De la Mare. Observation sur l'anus imperforé d'un enfant de 6 mois. *Journal de médecine et de chirurgie*, Paris, 1770, v. XXXIII, p. 510.

Cleveland. Anus imperforé. L'enfant vécut tout près de 10 semaines sans aucun soulagement du côté de l'intestin, après deux opérations malheureuses. *Trans. of the Obstet. Soc. of London*, 1867, v. IX, p. 203.

Prichard. Anus imperforé. Vie prolongée jusqu'au 102e jour, sans évacuation. *Prov. Med. and Surg. Journ.*, Londres, 1851, p. 123.

Diphtheria treated by the Galvanocautery (Traitement des fausses membranes diphthéritiques par le galvano-cautère), d'après la *Thérapeutic Gazette* et le *Boston Med. Surg. Journ.* du 20 mai 1886.

Conclusions. 1.—Les cautérisations, au galvano-cautère, de la membrane diphthéritique ne produisent pas de douleur, ou du moins, très peu de douleur.

2. — La partie dûment cautérisée est rendue absolument stérile et rend impossible le développement de la vie microbienne.

3. — La fièvre se montre immédiatement après la cautérisation.

4. — Il n'y a pas d'effets inflammatoires secondaires.

5. — Tout médecin est apte à exécuter la cautérisation même sans le secours d'un assistant.

6. — Aucun traitement médical diathésique n'a besoin d'être appliqué en plus de la cautérisation.

7. — Quoique la statistique des cas de diphthérie ainsi traités soit nécessairement assez limitée, les milliers d'ulcères de la cornée, traités et guéris de la même façon, permettent de préjuger des résultats très favorables du traitement de la diphthérie par le galvano-cautère.

Dr Pierre-J. Mercier.

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd., 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Septembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA SCROFULE
DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

Par le Dr L. Aubert,
Médecin-major de 1re classe au 93e régiment d'infanterie,
Lauréat de la Société protectrice de l'enfance de Lyon,
Lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'hygiène de l'enfance, 1882).

(Suite et fin.)

CHAPITRE III.

PROPHYLAXIE.

Entre les mains de l'hygiéniste, l'enfant étant un terrain vierge, la connaissance des causes susceptibles d'engendrer la scrofule, va maintenant nous tracer la voie à suivre pour lutter contre cet état constitutionnel connu sous le nom de malaria urbana (Bourguignon), de cachexie urbaine (Bertillon), et pour soustraire à ses atteintes le plus grand nombre d'enfants. Les précautions à prendre seront d'autant plus néces-

saires, que l'enfant sera sous la menace de l'hérédité, car c'est la cause qui est la plus difficile à déraciner. Il importe essentiellement de ne pas attendre que la scrofule ait pris possession du jeune enfant et qu'elle se soit révélée à l'observation médicale par des accidents invétérés, car alors les moyens mis en œuvre tardivement, quelque puissants qu'ils soient, ne l'atteindraient qu'à moitié. En un mot, le problème à résoudre consiste à modifier de très bonne heure la constitution de l'enfant, à remplacer le lymphe par du sang, à transformer en tempérament sanguin le lymphatisme des enfants enclins à la scrofule, soit par suite de l'hérédité, soit par suite du concours simultané d'une série d'influences morbigènes, qui réunissent leur action dépressive pour conduire fatalement à la misère physiologique. C'est à ces affections constitutionnelles du jeune âge (caries, ulcérations, nécroses, mal de Pott, etc.), que s'applique avec tant d'autorité la sage recommandation de Trousseau : « Reconstituez donc l'enfant « pendant que s'y prêtent mieux que plus tard les faciles trans- « formations que subit sa matière, à travers les phases rapi- « des de son évolution. »

Il faut tout d'abord surveiller les unions, en choisissant avec soin les personnes. Les unions entre consanguins non parfaitement sains, doivent être rigoureusement proscrites, de même les unions entre individus de famille différente, doués d'une santé délicate; au contraire, on recommandera dans ce cas les croisements des familles et des tempéraments, il faudra unir le sanguin avec le bilieux, ou avec le lymphatique. Le médecin s'opposera particulièrement à l'union de deux lymphatiques, de deux scrofuleux ou de deux phtisiques et fera connaître hautement les dangers qui résulteraient de ces unions. Enfin, il devra préconiser le moins possible les mariages précoces ou tardifs, à moins que les conjoints ne soient doués d'une constitution robuste, car, comme l'a dit Lugol, la santé des enfants tire son origine de la santé des parents.

Lorsque l'hérédité est maternelle, il est indispensable de surveiller les premiers mois de la grossesse, afin de fournir au

fœtus les meilleurs principes nutritifs. L'enfant une fois né, le rôle de la prophylaxie devient encore plus important ; si la mère est manifestement scrofuleuse, elle devra se dispenser de nourrir son enfant, dans son intérêt comme dans celui du nouveau-né. Pour ce dernier, une bonne nourrice sur lieu, bien surveillée et d'une solide constitution sera nécessaire. Si par hasard il devenait impossible de mettre la main sur une nourrice remplissant toutes les conditions de santé et de moralité, mieux vaudrait s'en tenir à l'allaitement artificiel, au biberon, qui, même dans les villes, dans les maisons aisées, sous l'œil de la mère, peut rendre d'immenses services, quand il est pratiqué avec intelligence.

Je conseille dans ce cas d'employer le lait à l'état cru aussitôt après la traite ; si on le coupe, l'eau sera assez chaude pour ne pas le refroidir. Cependant lorsque les vaches sont trop bien nourries et engraissées, en vue de la boucherie, l'enfant supportera quelquefois mieux le lait bouilli, la cuisson enlevant une certaine quantité de crême et d'albumine. Si malgré la bonne qualité du lait, si malgré la régularité des tétées, on voit se former des éruptions, des excoriations, des rougeurs aux plis des membres, qui sont souvent un signe précoce du lymphatisme, on se hâtera de les combattre dans le but de mettre un terme aux souffrances du nourrisson, et de prévenir un engorgement ganglionnaire fréquemment rebelle. On pourra dans ces cas, comme l'a fait avec succès M. le Dr Rousseau, de Chôlet, mélanger au fourrage des vaches, du sel marin, ou même une certaine quantité d'arsenic. Fonssagrives insiste pour qu'on ne prolonge pas outre mesure l'allaitement de ces enfants entachés de scrofule, et pour qu'on ne le pousse pas au-delà du moment qui sépare la sortie des premières molaires de celles des canines ; telle était du reste l'opinion d'Alphonse Leroy.

Mais que l'enfant soit soumis à l'allaitement naturel ou artificiel, avant de rompre avec l'allaitement, on devra toujours tenir compte : 1° de l'état de santé de l'enfant ; 2° de la

dentition; 3° de l'état de santé de la mère; 4° de la saison; 5° de la constitution médicale du pays.

En un mot, les mères ne doivent pas ignorer que le lait, aliment exclusif pendant les six premiers mois, doit devenir l'aliment principal jusqu'au sevrage, et l'aliment auxiliaire mais nécessaire depuis le sevrage jusqu'à l'omnivorité, sinon elles verront se développer chez leur nourrisson des altérations organiques durables.

Hardy a dit: « On blanchit le scrofuleux sans jamais le gué« rir. » Si l'arrêt prononcé par un maître aussi éminent devait être sans appel, il faudrait se résigner à abandonner à eux-mêmes les pauvres petits êtres qui, dans l'ensemble de leur constitution, offrent tous les indices de l'imminence morbide scrofuleuse. Lorsqu'il s'agit de l'enfance, ce n'est pas au médecin à faire de la sélection, son devoir absolu est d'atténuer les souffrances de ceux qu'il ne peut guérir, de relever les défaillances physiques des générations abâtardies, sans se soucier de ce qu'elles seront appelées à produire un jour.

Examinons à présent les divers moyens prophylactiques susceptibles d'enrayer les causes prédisposantes ou occasionnelles de la scrofule dans la première enfance.

Je dis que l'organisme du jeune enfant menacé de scrofule, soit héréditaire, soit acquise, sera modifié très favorablement :

1° Par la vie au grand air dans une atmosphère pure et oxygénée, sur les plages maritimes, sur les montagnes.

2° Par l'usage de frictions sèches sur toute la surface tégumentaire.

3° Par l'usage de l'eau froide, aussitôt que l'âge de l'enfant permet de le livrer aux pratiques de l'hydrothérapie.

4° Par un régime alimentaire composé de laitage et de viande rôtie, de poissons et de mets de digestion facile.

5° Par la gymnastique et par les bains à température croissante, comme le conseillait M. le professeur Lasègue.

6° Par l'emploi sagement combiné des amers, pour réveiller et stimuler l'appétit, par l'emploi de l'huile de foie de morue,

du sirop antiscorbutique, de l'iodure de potassium, du sirop d'iodure de fer et du sirop de Raifort iodé, du phosphate de chaux, médicaments qu'on a le tort de prescrire à des enfants trop jeunes (12 mois à 2 ans), mais qui, incontestablement administrés en temps opportun, entre 3 et 4 ans, rendent de réels services.

La pratique de chaque jour nous apprend que c'est dans les maisons humides, que c'est dans l'air vicié des villes populeuses, aussi bien en France qu'en Allemagne, en Angleterre, en Russie et en Italie, que se développent de préférence les germes délétères de la scrofule. Il est donc de toute nécessité d'exercer une grande surveillance sur les logements des classes pauvres, en particulier des familles dont les enfants sont prédisposés à ces affections et de s'opposer à l'immigration des ruraux dans les villes populeuses, où ils s'entassent dans des logements privés d'air et de lumière.

1° L'eau froide est à juste titre regardée comme un des agents les plus actifs pour combattre le lymphatisme, ce qui à fait dire à Fleury que l'hydrothérapie était en présence du lymphatisme, l'art de créer un tempérament. En faveur de cette proposition, il relate plus de 50 observations d'enfants lymphatiques transformés par l'eau froide. Dans le jeune âge, il est prudent de ne commencer la pratique de l'hydrothérapie que dans la belle saison (juin, juillet, août), et de n'employer que de l'eau de 18° a 20°. Pour les enfants au sein, l'interdiction est la règle, mais par contre, dans la plupart des cas, on ne doit pas attendre que l'enfant ait atteint sa cinquième année, comme le conseille Beni-Barde. Cet auteur estime qu'on peut faire intervenir l'hydrothérapie bien au-dessous de cet âge, mais à la condition de commencer par des lotions de courte durée avec de l'eau dont on abaisse progressivement la température (lotions, immersions, drap mouillé). Mais, sans contredit, l'hydrothérapie qui offre le plus d'attrait pour le jeune âge, et qui à la fois agit le plus efficacement, c'est celle qui se pratique sur les bords de la mer.

C'est l'anglais Russel, qui le premier, a fait connaître en

1750 la puissance prophylactique de la médication maritime sur la scrofule; c'est à lui que revient le mérite d'avoir provoqué dans les classes fortunées de l'Angleterre ce mouvement d'émigration qui, en été, les emporte sur les plages, mouvement qui s'est accentué de plus en plus, et qui est entré aujourd'hui dans les coutumes de toutes les nations du continent. En France, c'est le Dr Brochard qui a insisté avec la plus grande conviction sur les effets salutaires des bains de mer et des plages maritimes.

La médication maritime est très complexe, elle comprend à la fois: 1° l'air marin qui est pur, stimulant, vif, apéritif, avec ses douches aériennes salines incontestablement toniques; 2° les bains de mer proprement dits; 3° les bains de sable. Pour le Dr Brochard, le séjour des plages, lorsqu'il est suffisamment prolongé, suffit pour modifier profondément la scrofule; dans tous les cas il favorise d'une manière très appréciable l'action des toniques dont on a fait usage dans le jeune âge et qui sont alors bien mieux tolérés. Les phénomènes physiologiques qui se produisent chez les enfants dans le bain de mer et qui tiennent à la température de l'Océan sont de deux ordres :

1° Phénomènes d'immersion, immédiats ou primitifs;

2° Phénomènes de réaction, médiats ou consécutifs;

3° Phénomènes consécutifs ou généraux.

Ces effets se reproduisant après chaque bain ne tardent pas à imprimer à l'organisme du jeune enfant des traces manifestes, le besoin de prendre des aliments devient plus impérieux et les digestions meilleures.

Le point important, comme le dit le Dr Roccas, est de savoir prolonger le séjour des enfants sur la plage, car s'ils ne peuvent plus prendre de bains quand la saison se refroidit, ils n'en restent pas moins plongés dans une atmosphère vivifiante qui rendra persistants les premiers effets obtenus. Pour le Dr Brochard, une saison de bains de mer doit durer autant que possible; toutefois, il n'en faudrait pas conclure que la pratique des doubles bains soit utile, car un certain repos est

nécessaire entre deux bains. Quant aux bains de mer chauds, dont les effets sont bien moins marqués, ils seront conseillés, dit Gaudet, aux enfants au-dessous de 2 ans, dont la réaction cutanée n'est pas très vive. En général, ce sont des bains préparatoires qu'il est bon de prescrire aux enfants pusillanimes.

Les effets physiologiques déterminés par l'air marin, pour être moins sensibles que ceux des bains de mer, n'en sont ni moins réels, ni moins dignes d'attention. L'atmosphère de la plage, plus dense, plus lumineuse, d'une température plus uniforme que l'atmosphère de l'intérieur des terres, incessamment renouvelée par la brise et par les vents qui soufflent sur les côtes, agit sur tous les organes et sur tous les appareils, en particulier, sur la nutrition fonctionnelle et sur l'assimilation. L'air de la mer sèche et rafraîchit, il n'est ni aussi pénétrant, ni aussi irritant que l'air terrestre, de là vient qu'il ne provoque pas de la toux, ce qui résulte des propriétés excitantes que communiquent à l'air marin les particules salines qui y sont enfermées. Enfin cette atmosphère a sur le système musculaire une action tonique et vivifiante, aussi les enfants s'y fatiguent-ils moins que partout ailleurs.

D'un autre côté, les huîtres, les coquillages, les poissons que l'on a si aisément sur les côtes forment une alimentation iodo-chlorurée dont l'effet s'ajoute à celui des bains et de l'atmosphère. Mais les enfants lymphatiques ne puisent dans cette médication tous les éléments d'une vivification et d'une constitution nouvelles, qu'à la condition formelle de se conformer aux préceptes d'une sage hygiène, de suivre un régime tonique franchement réparateur approprié à leur âge et à leur constitution, enfin de les soustraire aux plaisirs des plages bruyantes. En principe, le bain sera pris l'après-midi, à marée montante ; du reste, on règlera l'heure sur celle de la marée ; une fois dans l'eau, les enfants qui ne savent pas nager devront se donner pendant leurs bains le plus de mouvement possible, et n'y rester que quatre ou cinq minutes la première fois. A mesure que l'usage des bains fortifie les enfants, la durée de chaque bain pourra être graduellement augmentée.

Au médecin, du reste, incombe le rôle délicat de préciser et d'apprécier toutes ces modifications, variables suivant les enfants.

L'habitude de l'uniformité, dit John Hunter, rend le corps humain très sensible aux plus légères variations atmosphériques. Si, au contraire, on est habitué à ces variations, le corps devient beaucoup moins impressionnable par suite de ces variations. La médication marine procure avant tout à l'organisme une tonicité que ne lui donnerait jamais l'air énervant des grandes cités ; et comme l'a dit Gaudet, pour se faire une idée des effets remarquables produits par le séjour sur le bord de la mer, il ne faut pas oublier que les qualités de l'air et l'efficacité des bains dans l'enfance ont pour auxiliaires les jeux et les exercices journaliers qu'ils prennent sur la plage. L'habitation de la plage, ajoute le Dr Pouget, amène en peu de temps un changement remarquable chez les enfants faibles, pâles, lymphatiques, étiolés par l'air altéré, stagnant des villes populeuses. Pour le Dr Bertillon, sous l'influence de l'eau de mer, on voit disparaître le lymphatisme et les symptômes de débilité qui, à la ville, résistent aux soins les plus intelligents et les plus persévérants. Enfin le Dr Quissac, qui a écrit sur l'abus et les dangers des bains de mer, dit que l'action tonique des bains de mer semble en quelque sorte spécifique pour favoriser le développement de la constitution, tant que le corps n'a pas acquis son entier développement. Sans doute les distractions, le spectacle de la mer ont également une influence salutaire sur l'organisme, mais ce n'est pas tout, car l'eau de mer, en raison de sa composition chimique, doit être rangée parmi les eaux chlorurées sodiques fortes. L'atmosphère maritime, en outre, sans cesse renouvelée, riche en oxygène et en lumière, imprégnée de molécules salines, ne peut avoir qu'une action bienfaisante sur l'état général du jeune baigneur. Il faut, en un mot, que les enfants réparent bien chaque jour leurs forces, qu'ils consacrent beaucoup de temps au sommeil, car rien ne peut remplacer dans le jeune âge le repos de la nuit. Les jeunes baigneurs ne doivent donc prendre sur les

bords de la mer que des plaisirs qui les fortifient et non des plaisirs qui les énervent, comme cela a lieu sur les plages mondaines de Trouville, Dieppe, Cabourg, etc.

Enfin, le sable marin est excitant par sa température et par le sel qu'il renferme ; cela est si vrai que lorsque les enfants ont passé deux ou trois jours les jambes nues sur la plage, on voit quelquefois la peau des membres inférieurs rougir et s'exfolier. Le sable agit en quelque sorte à la façon d'un sinapisme qui a le précieux avantage de faire promptement disparaître les angines, et la plupart des affections chroniques auxquelles les scrofuleux sont tant exposés dans la première enfance.

Il y a lieu cependant de faire quelques réserves pour certaines affections qui ont pour siège la peau ou la conjonctive oculaire; c'était, du reste, l'opinion de Lebert, de Guersant et de Trousseau. Les magnifiques résultats obtenus en envoyant chaque année les enfants scrofuleux relevant de l'Assistance publique de Paris, à Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), sont tout à fait concluants. Dans un travail publié par M. Bergeron, on lit que dans une période de quatre ans, de 1861 à 1866, sur 380 enfants traités à Berck pour des engorgements glandulaires ulcérés ou non : 85 ont été guéris, 24 améliorés, 7 sont demeurés stationnaires et 2 ont succombé. Sur 85 tumeurs blanches, 50 ont été guéries, 18 ont été améliorées, 6 sont restées stationnaires, 3 se sont terminées par la mort. D'un autre côté, Perrochaud a constaté que 843 enfants sortis de la station maritime de Berck, en 1874 et 1875, 655 étaient guéris, 61 améliorés. Les observations publiées par MM. de Quissac, Roccas, Lemarchant, Brochard, etc..., sont tout aussi concluantes. En présence de résultats semblables obtenus chez des enfants manifestement scrofuleux, que ne doit-on pas espérer chez des enfants qui sont simplement menacés de scrofule? Toutes les nations ont su apprécier depuis longtemps l'action de l'atmosphère vivifiante de la mer; ainsi les Anglais, à la fin du siècle dernier créaient, à l'embouchure de la baie de la Tamise, l'infirmerie de Margate ; quelques années plus

tard, un établissement semblable était installé à Dobéran, sur la Baltique. En Italie, bien avant qu'il fut question de Berck, le Dr Barrellaï fondait à Viarregio, en 1856, le premier hospice maritime de la péninsule qui en possède aujourd'hui 23. En Belgique, en Hollande, en Danemark, en Allemagne, des sanatoria maritimes ont été successivement fondés ou sont actuellement en projet.

L'eau de mer administrée pure est mal tolérée par les enfants, mais lorsqu'on la coupe avec une eau gazeuse en proportion variable suivant l'âge et la susceptibilité de l'enfant, elle n'est pas plus désagréable que certaines eaux chlorurées, et je suis convaincu qu'en en surveillant l'emploi on en obtiendrait d'excellents effets.

Pour les eaux minérales, nous avons les chlorurées sodiques et les eaux sulfureuses, mais les premières surtout opèrent chez les enfants enclins à la scrofule de véritables métamorphoses. Les plus efficaces que nous possédions en France sont : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Salins, Salies-de-Béarn. En Allemagne, il y a les eaux de Kreusnach, Nauheim, Isotl, Hambourg, etc... Viennent ensuite les eaux minéralisées à la fois par le soufre et par le chlorure de sodium qu'on ne saurait trop recommander. Telles sont les eaux d'Aix-la-Chapelle, de Weilbach, de Louech, dans le Valais. A la médication externe on peut ajouter l'eau en boisson ; si l'âge de l'enfant le permet, on choisira alors des eaux chlorurées, peu minéralisées et plus gazeuses (Bourbon-l'Archambault, Balerne, Bourbonne, La Motte, Salins-de-Moutiers, en outre Uriage, chlorurée et sulfurée, et iodo-bromurée, Luchon, Barèges, Cauterets, etc...). Ces eaux sont essentiellement reconstituantes, aussi sont-elles une arme puissante contre la scrofule sous toutes ses formes.

2° Les exercices à l'air libre et les promenades sont d'absolue nécessité dans la première enfance ; la promenade en plein air favorise le développement des enfants, leur donne du teint, elle est particulièrement utile aux constitutions débiles et lymphatiques. La gymnastique, l'exerçice à l'air extérieur,

est un complément indispensable : qui ne se meut pas, ne respire qu'imparfaitement, l'hématose est alors incomplète et l'activité des échanges nutritifs est par cela même ralentie, l'appétit et les fonctions digestives languissent, enfin les produits excrémentitiels destinés à être éliminés ne sont plus expulsés en totalité.

La gymnastique respiratoire est celle qui sera préconisée de préférence, car cette gymnastique accroît la capacité thoracique et par cela même le volume d'air introduit à chaque inspiration. Puisque par cette gymnastique on élargit le champ de l'hématose, puisqu'on fait entrer en jeu toutes les vésicules pulmonaires qui, chez l'enfant, sont si fréquemment dans un état de collapsus physiologique, n'est-il pas rationnel de recommander ce genre d'exercice au grand air, qui a l'avantage d'augmenter la consommation d'oxygène et la quantité d'acide carbonique exhalé ? La gymnastique de chambre de Schreiber peut aussi donner de bons résultats dans certaines circonstances et convenir aux nécessités de la santé et du développement de cette catégorie d'enfants.

3° Il va sans dire que les moyens prophylactiques dont je viens de parler sont bien supérieurs à tous les médicaments que l'on peut administrer dans l'enceinte d'un hospice ; néanmoins, ces médicaments rendent chaque jour de précieux services à la campagne. Pour l'huile de foie de morue, d'un emploi si répandu, on doit en faire prendre au malade autant qu'il peut en supporter sans troubler son appétit et sans compromettre la régularité de ses fonctions digestives ; l'huile doit contenir une aussi forte proportion que possible d'iodure de potassium, de brome, de phosphate et doit offrir toutes les qualités de pureté et de fraîcheur sans lesquelles une substance est absolument impropre à l'alimentation. Il faudrait bien se garder de l'administrer à des enfants au-dessous d'un an, si exposés ordinairement aux troubles intestinaux et chez lesquels cette huile est mal tolérée en général par l'intestin. L'emploi de ces différents médicaments sera rigoureusement indiqué chaque fois que l'organisme de l'enfant, soit après une

pyrexie de longue durée, soit après la dentition, soit après une croissance trop rapide, aura subi des pertes bien supérieures aux recettes, et qu'il sera en quelque sorte en imminence de scrofule. C'est dans ces cas spécialement qu'il faudra persévérer dans l'administration habilement combinée de l'huile de foie de morue, du sirop de quinquina, ou du sirop d'iodure de fer, en y joignant un régime régulier et substantiel (lait, beurre, jus de viande, poisson, coquillages, viandes rôties).

Si, au lieu d'intervenir énergiquement dès la première enface, on laisse à la scrofule le temps d'accomplir son œuvre, on laissera, au contraire, grandir des enfants infirmes qui, la plupart, passeront les premières années de la vie dans des hospices et qui, plus tard, ne seront aptes à reproduire que des êtres souffreteux, marqués comme eux d'une tare indélébile.

CHAPITRE IV.

CONCLUSIONS.

Bazin a dit : « Il n'est pas dans le cadre nosologique de maladie plus commune, les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont véritablement effrayants et je ne crains pas de dire qu'elle enlève plus de victimes que les grandes épidémies de peste et de choléra. La prophylaxie de cette affection doit donc être une des grandes préöccupations, une des tâches les plus pressantes de l'hygiène publique ; c'est à elle, en effet, qu'incombe le devoir de rechercher partout les causes d'amoindrissement de la race, de les faire connaître et d'indiquer les moyens de lutter contre elle. » Imitons donc l'exemple de l'Angleterre, de la Belgique, de la Hollande ; que des inspecteurs spéciaux soient, comme en Angleterre, chargés d'établir le casier sanitaire de chaque habitation, que l'État, que les municipalités dirigent leur attention sur les quartiers à assainir, ou dans les campagnes sur les villages insalubres ; que chacun s'efforce de faire comprendre soit au paysan, soit au

citadin, qu'en se conformant aux préceptes de l'hygiène, il augmente sa vitalité et, partant, sa force. Tout en répandant l'instruction à profusion, que l'on se garde bien de sacrifier le développement physique des enfants au développement cérébral ; que l'on introduise, au contraire, dans l'éducation publique, dans les salles d'asile comme dans les écoles primaires, des exercices gymnastiques sagement gradués auxquels les enfants s'intéresseront vite ; que l'on favorise, en un mot, le développement musculaire des jeunes élèves et on arrivera ainsi à préparer pour l'avenir des hommes robustes.

Il est à désirer aussi que la loi Th. Roussel reçoive son application dans tous les départements de la France, car, grâce à cette loi tutélaire et grâce aussi au bienveillant concours des Sociétés charitables et au zèle des médecins inspecteurs, on pourra vulgariser les préceptes de la science maternelle et déraciner les préjugés dont les enfants sont si souvent victimes dès le berceau. Puisqu'il est reconnu que dans les cités ouvrières les enfants voués à la scrofule sont le produit d'une ascendance viciée, de l'alcoolisme, de la débauche ou de la misère, il importe de travailler à la reconstitution organique de ces pauvres petits êtres, par la création de caisses de secours, par la création dans les grandes agglomérations, de dispensaires semblables à celui de M. le Dr Gibert (du Havre), et de celui de la rue de Crimée, où les parents pourront venir chercher gratuitement pour leurs enfants des conseils, des soins, des médicaments et au besoin des aliments. Ce n'est pas tout, il faut qu'à l'exemple du département de la Seine, tous les départements puissent envoyer leurs enfants chétifs, malingres, enclins à la scrofule, sur les bords de la mer pendant au moins trois mois de l'année, et cela en organisant sur le littoral de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, une ceinture de maisons sanitaires ou de petits établissements agricoles. Que trois ou quatre départements voisins réunissent leurs ressources, combinent leurs efforts pour envoyer sur la plage pendant la belle saison les jeunes enfants qui présentent dans leur ensemble tous les attributs de la scrofule.

Que les administrations de nos cités populeuses rivalisent de zèle pour fonder des sanatoria semblables à ceux qui fonctionnent déjà en Angleterre, en Italie, en Belgique, en Hollande, en Allemagne, en Autriche, aux États-Unis et en France, à Berck. Mais, en attendant que les pouvoirs publics favorisent par des subventions annuelles la fondation de ces établissements maritimes, je fais des vœux ardents pour que la charité privée, moins puissante mais aussi plus active, intervienne pour donner l'élan. Tendons la main, et avec l'obole du riche, soignons et sauvons les enfants des pauvres qui, dans le milieu où ils vivent, ne trouvent que l'accroissement de leurs souffrances et le découragement. Sachons tirer parti de nos belles plages sablonneuses si recherchées de la Manche (Saint-Mâlo, Dinard, Dieppe Fécamp), de l'Océan (Sables-d'Olonne, Royan, La Tremblade, Biarritz) et de la Méditerranée, pour améliorer la santé de nos enfants lymphatiques; sachons utiliser comme nos voisins la puissance du traitement maritime. En résumé, dès la première enfance on opposera une barrière aux progrès de cette diathèse par la vie en plein air, par les exercices corporels, par le séjour à la campagne, sur les montagnes, par un travail intellectuel modéré, loin des demeures humides et sombres et par l'emploi sagement combiné de frictions sèches, du massage, de l'hydrothérapie, de la gymnastique, des bains de mer, par une alimentation réparatrice et par l'administration de quelques médicaments (huile de foie de morue, sirop de fer, etc...) dont l'efficacité n'est pas douteuse. C'est en réalisant résolument les réformes que je viens de signaler que l'on diminuera sûrement la légion d'incurables qu'abritent tous nos hospices sans espoir de les guérir; c'est en utilisant largement les moyens prophylactiques qui sont à notre disposition qu'on pourra former une génération plus valide, plus robuste et plus nombreuse. Et la pensée qu'en fortifiant la constitution des enfants on fournira plus tard à la nation des hommes utiles pour sa prospérité et sa grandeur, deviendra avec la gratitude des familles secourues une douce récompense.

Tels doivent être, du reste, les généreux souhaits des amis sincères de l'humanité et de tous ceux qui désirent vraiment travailler pour la patrie qui nous conjure de lui conserver ses enfants.

UN CAS D'HYDROCÈLE SCARLATINEUSE.

Par le Dr Depasse.

Pendant l'épidémie de scarlatine qui sévit à Paris en avril dernier, j'ai eu occasion de voir chez un enfant de 9 ans un cas d'hydrocèle scarlatineuse.

Comme je n'ai pu trouver aucun cas analogue relaté dans les livres didactiques, ni dans les traités des maladies des enfants, j'ai cru intéressant de le signaler. Et pourquoi la scarlatine ne donne-t-elle jamais d'épanchement dans la tunique vaginale, puisqu'elle peut causer des péricardites et des hydarthroses ? Pourquoi cette maladie affecte-t-elle de préférence, dans les articulations, le poignet droit ; est-ce parce que la main droite fatigue plus que la main gauche ? Je ne le crois pas, car j'ai vu un enfant gaucher dont le poignet droit fut très pris, alors que la main gauche fut épargnée.

Le 13 avril 1886, le jeune B..., élève au lycée de Vanves, âgé de 9 ans, est pris de scarlatine, l'interne de garde fait prévenir la famille, qui vient avec des couvertures et une voiture prendre l'enfant qu'on installe à Paris dans une très grande chambre où la température est très surveillée avec des thermomètres, et suivant mon habitude, je fais graisser avec du saindoux très frais tout le corps de l'enfant, comme je l'ai vu faire en Angleterre.

La scarlatine évolue très régulièrement ; cependant, au huitième jour je constate un peu de souffle à la pointe et systolique, un peu de douleur au poignet droit, rien ailleurs, pas d'albumine dans les urines, qui sont vérifiées tous les trois jours.

Le 23e jour, sans cause ni raison, sans que rien puisse l'expliquer, le scrotum est gros comme une orange, un peu douloureux, et je constate une hydrocèle gauche, très transparente, l'enfant n'a pas

quitté le lit, il ne s'est pas heurté les testicules, les parents ou les domestiques ne l'ont pas quitté d'un instant.

Je me contente de quelques applications émollientes, et au bout de huit jours, toute trace d'épanchement a disparu, le testicule et l'épididyme sont intacts.

Ce petit incident m'a beaucoup intrigué ; le jeune B... n'a pas eu d'oreillons ; il n'y en avait pas au lycée où il est tombé malade, et pas davantage dans le voisinage de l'habitation.

L'enfant, il est vrai, est de famille très rhumatisante : les oncles, les tantes, les père et mère ont du rhumatisme très accentué. Est-ce là la cause de ce que j'ai vu ? Je ne le crois pas.

On sera peut-être tenté de ranger à côté de cette observation celle d'Heurteloup, où il s'agissait d'une inflammation du testicule survenant au sixième jour d'une scarlatine et déterminant consécutivement un épanchement. Cette observation d'Heurteloup a été appelée par Reclus *Testicule scarlatineux ;* mais notre petit malade n'a jamais eu le testicule malade, ni gros, ni douloureux, et l'épanchement a été primitif. Mais même en les rangeant ensemble, on n'aura encore que deux cas de vaginalite scarlatineuse.

OBSERVATIONS RELATIVES

AU TRAITEMENT DE L'OSTÉOPÉRIOSTITE ET DE L'OSTÉOMYÉLITE.

Recueillies dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, *à l'hôpital des Enfants-Malades.*

Par MM. Florand, Latouche et Barraud,

Internes des hôpitaux.

Notre maître, M. de Saint-Germain, pratique, par rapport à l'ostéopériostite aiguë et à l'ostéomyélite, une méthode de traitement qui diminue de beaucoup l'importance d'un diagnostic immédiat entre ces deux affections, diagnostic souvent diffi-

cile à établir dès le début, alors qu'une conduite promptement ferme et résolue devrait être suivie. Liées étroitement entre elles par le voisinage et les rapports intimes de leur siège anatomique, se compliquant souvent l'une l'autre, l'ostéopériostite aiguë et l'ostéomyélite présentent des indications dont la gravité croît, il faut le remarquer, à mesure qu'on s'éloigne de la surface du membre pour pénétrer plus profondément dans les tissus sous-jacents. Il était naturel que cette considération conduisît le chirurgien à pénétrer par degrés dans les couches profondes à mesure qu'une intervention chirurgicale plus active serait démontrée par l'existence évidente de complications ostéomyélitiques. De cette façon, l'incision simple, allant d'un coup jusqu'à l'os, peut suffire pour amener le débridement du périoste et l'évacuation du pus, dans une ostéopériostite aiguë simple, mais si elle ne suffit pas, elle ouvre une voie d'accès pour pratiquer la trépanation de l'os, qui a souvent raison de l'ostéomyélite. Quant à l'amputation, qui reste, on doit l'avouer, le seul recours du chirurgien dans les cas d'ostéomyélite très grave, il ne faut ni trop hésiter ni trop tarder à la faire au besoin, mais l'amputation sera opérée avec d'autant plus de conviction et de décision que le chirurgien, avant de l'entreprendre, aura été convaincu, par une prompte expérience, de l'inutilité des méthodes de traitement moins radicales.

Nous avons déjà publié, dans la *Revue des Maladies de l'Enfance*, au commencement de cette année, un groupe d'observations prises dans le service de M. le Dr de Saint-Germain, comprenant, avec des cas d'ostéopériostite chronique, des cas d'ostéopériostite aiguë et d'ostéomyélite (1). L'examen d'un certain nombre de cas d'ostéopériostite chronique mettait aussi en lumière les nombreux succès obtenus tous les jours, dans dans cette affection d'un pronostic beaucoup moins grave, par l'incision avec drainage, le grattage et l'évidement, poussé

(1) Voy., pour les observations antérieures, la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1886.

quelquefois très loin ; nous avons enfin montré quelques exemples de l'emploi successif de l'incision, de la trépanation et de l'amputation, suivant la progression des indications, dans l'ostéopériostite aiguë et l'ostéomyélite. Notre stock de ces observations si instructives est loin d'être épuisé. Nous allons en publier une nouvelle série comprenant des cas chroniques et des cas aigus, qui prendra rang à la suite des premières.

Rappelons d'abord par quelques exemples le succès du grattage et, au besoin, de l'évidement dans le traitement de l'ostéopériostite chronique.

Obs. VII. — *Ostéopériostite du deuxième métacarpien ; grattage ; guérison en vingt jours.* — La petite Victorine Bertrand, âgée de 2 ans, occupe le lit n° 30, de la salle Sainte-Pauline depuis le 2 janvier 1885, jour de son entrée.

Depuis huit mois, douleur au niveau du deuxième métacarpien, sans traumatisme, gonflement, rougeur.

Incision qui a donné issue à du pus. Depuis, état stationnaire.

2 janvier. Entrée à l'hôpital. Ostéo-périostite chronique du deuxième métacarpien. Gonflement de l'os, fistule cutanée, indolente, pas de fièvre.

Le 3. Ablation complète de l'os avec la cuiller de Wolkmann, peu de sang, gaze phéniquée et amadou imbibé de baume du Commandeur dans la plaie. Pansement de Lister.

Dans la journée pas de fièvre ni d'hémorrhagie.

Le 6. Pansement iodoformé, pansement Lister par dessus. La plaie va bien. Pas d'hémorrhagie, ni de suppuration. Pas encore de bourgeonnement.

Le 10. Pansement. La plaie va très bien. Des bourgeons charnus se voient, très développés, sur les parties latérales de la plaie ; dans la profondeur, ils paraissent moins avancés. Iodoforme.

Pas de fièvre. Bon état général.

Le 13. La plaie va bien, le bourgeonnement est très actif, surtout sur les parties latérales. Pas de pus. On sent au niveau du deuxième métacarpien enlevé une partie dure, allongée qui simule l'os en partie régénéré. Pansement à l'iodoforme. Une bandelette de diachylon est appliquée autour de la région métacarpienne de façon à rapprocher les lèvres de la plaie. Pansement de Lister par dessus.

Le 16. Les deux lèvres de la plaie rapprochées commencent à se fusionner. Il y a même excroissance charnue sur la lèvre interne, très peu de pus. Bon état général.

Le 19. La fusion est presque complète. Seules les deux extrémités présentent encore une rainure. A la partie médiane la peau se continue sans interruption sur les deux lèvres de la plaie. Pansement au diachylon seul.

Le 23. La guérison est achevée. La plaie est réunie. Exubérance de bourgeons charnus de la lèvre externe. Compression avec des bandelettes de diachylon.

La malade sort guérie le 24 janvier. (Barraud.)

Obs. VIII. — *Ostéopériostite chronique du troisième métacarpien gauche; grattage; guérison en quinze jours.* — Guilbert (Jules), âgé de 3 ans, fils d'un tailleur est couché au lit nº 29 de la salle St-Côme, depuis le 6 janvier 1885.

Le début de la maladie est indéterminé et probablement assez lointain.

La main est volumineuse, gonflée, dure et rouge à la face dorsale. Il y a empâtement général, et au niveau du troisième métacarpien, on trouve deux petits bourgeons charnus, orifices de deux fistules qui vont jusqu'à l'os qui est dénudé, rugueux. Suppuration peu abondante.

19 janvier. Bande d'Esmarch. Grattage avec la cuiller tranchante. On gratte profondément, trou d'au moins 3 centimètres de profondeur. Pansement à la gaze phéniquée enfoncée dans la plaie et bourrée d'amadou phéniqué.

Le 21. L'enfant ne souffre pas, mange bien et dort bien. Pas de fièvre.

Le 22. Premier pansement. La plaie a bon aspect, bourgeonne. En ce moment, profondeur de l'évidement environ 2 c. 1/2.

Pansement phéniqué. Bon sommeil et bon appétit, a eu cependant un vomissement.

Le 23. Légère suppuration au fond de la plaie.

Le 24. Chaque jour lavages phéniqués et pansements phéniqués, à peine quelques gouttes de pus.

Le 30. Le malade va très bien. La perte de substance est presque comblée, il reste une fistule ayant à peine un demi-centimètre de profondeur et une largeur de quelques millimètres.

3 février. Guérison complète. Il reste sur le dos de la main un petit bourgeon charnu.

Sortie. (Latouche.)

Obs. IX. — *Ostéopériostite trochantérienne. Evidement, guérison.* — Kocherry (Alphonse), âgé de 13 ans, domestique, entré à l'hôpital des Enfants-Malades le 13 avril 1885, couché au n° 17 de la salle Saint-Côme.

L'enfant est maigre, pâle, anémique. Sa mère vit, son père est mort subitement, il n'a ni frères ni sœurs.

Depuis quinze jours il éprouve au niveau du grand trochanter des douleurs qui ont fait croire à une atteinte de rhumatisme. On constate un peu de fièvre.

14 avril. Toute la région du grand trochanter gauche est rouge, tuméfiée, douloureuse, mais non fluctuante. On sent difficilement le grand trochanter qui est empâté, volumineux, douloureux à la pression.

Une incision pratiquée d'avant en arrière et de bas en haut, de 15 à 20 cent. au niveau du grand trochanter, rencontre un tissu lardacé.

L'évidement est fait avec le détache-périoste dans toute la région au-dessous et en arrrière du grand trochanter.

On fait ainsi une cavité recevant facilement les deux pouces; pansement avec amadou phéniqué, recouvert d'un pansement de Lister.

L'enfant, d'abord, va mal; il a une température très élevée; l'aspect de la plaie est grisâtre.

Pansement au camphre.

Le 16. 1 gr. d'aconit et 0 gr. 50 de sulfate de quinine; mieux très sensible.

Le 18. Mauvais état général, matité et souffle au sommet droit.

Le 26. Teinture d'iode tous les jours. Etat local très bon; la plaie se comble bien. Continuation du sulfate de quinine. Douleurs abdominales, pas de diarrhée ni de vomissements.

1er mai. Va mal, faiblesse, maigreur, toujours 1 gr. d'aconit. Plaie en bon état.

Le 5. Mieux très sensible; la plaie est presque complètement comblée, santé générale meilleure.

Le 18. L'enfant sort en très bon état. La plaie est complètement guérie. Etat général toujours médiocre, maigreur, pâleur. (Latouche.)

Dans les cas d'ostéopériostite aiguë, lorsque l'état général ne révèle pas l'affection terrible qu'on appelle *typhus des os*, et quand les complications ostéomyélitiques ne semblent pas à craindre, un traitement résolutif bien appliqué peut, à lui seul, amener la guérison.

Obs. X. — *Périostite de l'humérus; traitement résolutif; guérison sans incision.* — Eugène Auvigné, âgé de 10 ans, entré le 25 février 1885, occupe le lit n° 17 de la salle Saint-Côme.

L'enfant a été amputé de la jambe gauche en 1881 pour écrasement du pied.

En 1882, il a été brûlé. Cicatrices vicieuses des deux mains.

Depuis dix jours, douleur dans le bras droit ; crampes, puis gonflement sans aucune cause appréciable.

25 février. Gonflement considérable au niveau du coude ; œdème de la peau ; rougeur, surtout au niveau de l'éptirochlée. Rien au cubitus.

Douleur violente, surtout au niveau de la tête du radius et de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Toute cette extrémité inférieure de l'humérus est volumineuse et empâtée.

Mauvaise mine ; face pâle, langue sèche, blanchâtre.

Le 26. Cataplasmes.

Le 27. Six sangsues au coude.

Le 28. Il y a un mieux manifeste. Dégonflement.

2 mars. Bras redevenu normal, mais mouvements de flexion et d'extension encore impossibles.

Sorti guéri. (Latouche.)

Obs. XI. — *Ostéopériostite de l'humérus gauche; traitement résolutif; guérison.* — Henri Guitard, jeune garçon de 11 ans 1/2, apprenti maçon, est entré le 4 février 1885 à la salle Saint-Côme, lit n° 27, dans le service de M. le Dr de Saint-Germain.

L'enfant paraît jouir ordinairement d'une très bonne santé ; il y a quinze jours, il dit avoir reçu un coup et a souffert pendant quelques jours au niveau de la partie antéro-supérieure de l'avant-bras.

4 février. Olécrane, épicondyle et épitrochlée sains et non douloureux, de même, radius et cubitus. Mais douleur très vive au niveau de la partie inférieure de l'humérus.

La douleur et les cris empêchent même un examen complet ; en prenant entre les doigts l'humérus, on le trouve sain dans ses deux tiers supérieurs, mais dans son tiers inférieur, il paraît doublé de volume.

Empâtement général de la partie qui correspond aux points où la pression provoque la plus violente douleur.

Mouvements de flexion et d'extension possibles, mais douloureux.

Peau, de coloration normale.

Le 6. Cataplasme, pommade mercurielle belladonée. Calomel, 10 centigrammes à renouveler dans trois jours.

Le 7. On chloroformise. Pas de fluctuation, dureté de tout le tiers de l'humérus.

Continuation du traitement.

Le 10. Le gonflement a augmenté ; la circonférence du bras est considérable en bas (le double de la normale), mais pas de fluctuation. Bon état général.

Le 15. Même état.

Le 16. L'enfant sort non guéri.

Le 21. L'enfant revient. Même état sur le tiers inférieur du bras, pansé avec l'onguent napolitain.

Le 28. L'humérus paraît avoir diminué ; on continue l'onguent napolitain.

13 mars. Le petit malade va mieux ; continuation du même traitement. (Latouche.)

Dans l'ostéopériostite aiguë compliquée d'ostéomyélite, ou avec un état général qui peut faire craindre cette complication, l'incision, la trépanation et, dans les cas où cette suprême ressource est à la fois indispensable et acceptée par les parents du petit malade, l'amputation, sont indiquées avec la gradation dont nous avons parlé. Nous appelons d'abord tout particulièrement l'attention sur les deux cas suivants, l'un d'ostéo-périostites multiples, l'autre d'ostéomyélite à forme prolongée et insidieuse.

Obs. XII. — *Ostéopériostites multiples du bras gauche et de la jambe droite ; incision du bras ; trépanation de l'humérus et du péroné ; complications ; mort.* — Sulpis (Alphonsine), âgée de 11 ans 1/2, entrée

à l'hôpital le 30 janvier 1886, est couchée au lit nº 6 de la salle Sainte-Pauline.

L'enfant n'a reçu aucun coup, et on ne retrouve aucun antécédent.

Etat général très mauvais; langue sèche; face grippée, yeux excavés; fièvre.

A la partie antérieure du thorax, éruption vésiculeuse ressemblant à la varicelle.

A la partie supérieure de l'humérus gauche, empâtement, œdème, rougeur, douleur vive; l'os ne paraît pas augmenté de volume. Tout le membre et la main elle-même sont œdématiés, infiltrés. Au niveau du péroné droit, à la malléole, empâtement, rougeur, douleur à la pression.

30 janvier. Ouverture du bras, pus abondant après ouverture du périoste, l'os est à nu.

Température à 2 h. de l'après-midi, 39° ; à 8 h. soir, 39°,8.

Sulfate de quinine...	1 gramme.
Aconit..............	1 —
Alcool..............	70 grammes.

Pansement de Lister.

Le 31. Le lendemain, aucune amélioration. Trépanation de l'humérus et du péroné. Dans les deux os il y a du pus. Lavages à l'eau phéniquée. Cataplasmes phéniqués.

T. matin, 37°,6, et T. soir, 39°,2.

Même traitement interne.

1er février. Etat général de plus en plus mauvais. Pulvérulence des narines; langue sèche; la malade peut à peine parler et reste immobile sur le dos.

Frottement péricardique interne.

Pus abondant par les trous du trépan, et un peu de sang noirâtre au niveau des plaies. T. matin, 38°,2 ; soir, 39°.

Le 2. Même état. Trois injections d'éther dans la journée. T. matin, 38°,6 ; soir, 39°,2.

Le 3. Ce matin, la malade paraît un peu mieux ; la nuit a été assez bonne. On continue les injections d'éther. Le soir, la malade est plus oppressée; à l'auscultation, en arrière et à droite, on entend de nombreux râles sous-crépitants. Application de ventouses sèches. T. matin, 38° ; soir, 38°,4.

Le 4. La malade est plus mal ; l'oppression a augmenté. Vésicatoire en arrière. Injections d'éther. T. matin, 38°,2 ; soir, 38°,8.

Le 5. Nuit mauvaise, délire, langue sèche, rôtie. T. matin, 38°,6 ; soir, 39°,4.

Mort dans la nuit du vendredi.

L'autopsie n'a pu être faite, en raison de l'opposition de la famille. (Barraud.)

Obs. XIII. — *Ostéomyélite de la portion inférieure de la jambe droite ; forme prolongée et insidieuse; incision ; trépanation ; complications érysipélateuses; guérison.* — Pialat (Léon), jeune garçon de 13 ans, couché au lit n° 22 de la salle Saint-Côme, est entré à l'hôpital des Enfants-Malades le 23 octobre 1885.

Enfant de bonne constitution générale. Est malade depuis un mois et une semaine (10 décembre). Après un travail prolongé debout (imprimeur), l'enfant s'est plaint, en rentrant chez lui le soir, d'éprouver des douleurs dans le genou. Il s'est couché ; ces douleurs ont disparu dans la nuit ; le lendemain il a pu se relever et marcher ; mais le soir il lui a fallu quitter son travail et les douleurs se sont portées sur la partie inférieure de la jambe droite, où elles sont toujours restées localisées. Trois jours après est apparu du gonflement avec aspect phlegmoneux au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Le gonflement a persisté, malgré le repos et les résolutifs, et pendant quinze jours l'enfant est resté dans cet état. A cette époque, il s'est fait une ouverture spontanée dont on voit encore les traces et qui siège à 7 centimètres au-dessus de la malléole interne. Par cette ouverture, il s'est écoulé une très abondante quantité de pus ; après cette déplétion, il y a eu amélioration ; le pied œdématié a repris son volume normal, mais il est resté un état inflammatoire de toute la partie antéro-interne inférieure de la jambe.

A son entrée à l'hôpital, la partie inférieure de la jambe est rouge, douloureuse et gonflée ; mais il ne s'agit pas du phlegmon aigu franc ; l'inflammation est plutôt bâtarde. En arrière du tibia, il existe une surface fluctuante qui, incisée au-dessus de la première ouverture spontanée, donne issue à du pus. Du côté de la tête du péroné, même aspect ; l'abcès est laissé. Malgré cette incision, le repos et les cataplasmes, la guérison est lente ; il semble que le tibia augmente de plus en plus ; même remarque pour le péroné dont la tête s'accroît manifestement. Une trépanation du tibia est décidée.

8 décembre. Incision sur la face interne de l'os à 6 centimètres au-dessus de l'article, jusqu'à l'os. Dénudation du périoste qui ne semble pas altéré, du moins à ce niveau. Au moyen du détache-tendon, on pénètre dans l'os qui est ramolli; arrivée dans le canal médullaire d'où il s'écoule une notable quantité de pus. Agrandissement de l'ouverture ; lavage phéniqué ; cataplasmes.

Le 9. Le lendemain il n'y a pas de fièvre, mais on ne trouve encore aucun changement de volume. Quant à la tête du péroné, elle est très volumineuse et nécessitera probablement une deuxième intervention.

Le 24. Le résultat de la trépanation a été vraiment excellent. Dans toute la zone qui avoisine l'incision osseuse, l'os a beaucoup diminué, au point qu'il présente à peu près son volume normal ; toutefois, la malléole interne est encore hypertrophiée ; on décide d'y pratiquer des cautérisations osseuses qui sont remises à quelques jours à cause de la nécessité de panser la plaie du trépan. La tête du péroné, qui était très augmentée de volume, a diminué sensiblement, et la peau qui la recouvre a repris sa coloration normale au lieu de l'aspect phlegmoneux qu'elle présentait d'abord.

Le 27. L'enfant a vomi dans la journée et présente une fièvre très élevée (40°,5) qui fait craindre une complication. Le lendemain on trouve un liseré érysipélateux au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

Les jours suivants, jusqu'au 3 janvier, l'enfant a présenté des poussées d'érysipèle qui ont gagné le pied, mais non la jambe, et qui ont alterné avec des rémissions. La courbe thermométrique est très intéressante à ce point de vue. Quant au gonflement du pied, il n'est pas considérable, et l'affection paraît vouloir se terminer par résolution. L'état général de l'enfant n'est pas mauvais dans l'intervalle des poussées.

26 janvier. L'enfant est guéri ; il commence à marcher. Son cou-de-pied est très diminué de volume et à peine supérieur à celui du côté opposé. (Latouche.)

Obs. XIV. — *Ostéomyélite de la cuisse gauche ; incision ; trépanation ; complications ; décollement épiphysaire ; mort.* — Pastor (Jules), jeune garçon de 12 ans, domestique, est entré le 23 mars 1885 à l'hôpital des Enfants-Malades, et il est couché au lit n° 25 de la salle Saint-Côme, dans le service de M. le Dr de Saint-Germain.

L'enfant a une bonne constitution; il n'a reçu aucun coup ; n'a pas trop marché. Rien de spécial.

Il y a dix jours, il a eu des douleurs dans tous les membres et dans toutes les articulations, puis la cuisse a enflé.

Depuis trois semaines, il souffre de la cuisse gauche.

24 mars. Cuisse tuméfiée, douloureuse, principalement dans le tiers supérieur, qui est très volumineux et où la peau présente un léger œdème.

Pas de fluctuation, mais, au palper, le fémur dans son tiers supérieur paraît plus gros que celui de l'autre côté; en même temps la douleur à la pression est très vive ; on a déjà appliqué sur la région trochantérienne un vésicatoire.

Au niveau de la face externe du tiers supérieur de la cuisse, M. de Saint-Germain pratique une incision de 8 centimètres au moins, qui arrive sur le périoste, et c'est seulement après l'incision de cette membrane qu'il s'écoule un flot de pus phlegmoneux (un quart de litre environ).

La poche purulente s'étend assez peu en bas, mais, en haut, elle remonte assez loin, jusqu'à la région trochantérienne.

Sang....On est forcé de faire la ligature d'une artère musculaire. Pansement compressif avec amadou et baume du Commandeur. Le soir, on enlève le pansement et on fait de grands lavages phéniqués dans la plaie.

Le 25. L'enfant ayant eu toute la nuit la fièvre avec délire et de vives souffrances, on trépane l'os en passant par l'incision de la veille. L'os est perforé de façon à permettre l'entrée du doigt jusque dans le canal médullaire ; tube à drainage. Pansement de Lister.

Le 26. La situation n'a pas empiré, au contraire. Lavages deux fois par jour avec l'eau phéniquée iodée, à la partie supérieure de la poche purulente intermusculaire qui remonte assez haut pour permettre l'introduction du petit doigt.

Tous les jours, 1 gr. de sulfate de quinine et 1 gr. 50 d'alcoolature d'aconit. Lait, potages, Bagnols. A dormi.

Le 27. L'enfant est beaucoup plus mal ; la température est très élevée. On constate des frissons, des râles de bronchite, de la toux, des sueurs, de la pâleur. Un pus moins phlegmoneux, plus séreux, sort de la plaie. Lavages. Même traitement.

Le 30. Le petit malade est toujours extrêmement mal. En appliquant un doigt sur le grand trochanter et un autre sur le corps

du fémur, on perçoit des craquements. Il y a probablement une fracture ou du décollement épiphysaire en haut. Délire, douleurs violentes, insomnie, teint terreux, fièvre énorme.

2 avril. De plus en plus mal. Dans tout le côté droit, râles nombreux crépitants, bronchiques ; ronchus, douleur vive au niveau de la cuisse et dans les articulations, principalement du membre supérieure droit ; suppuration énorme, pus séreux. Vomissements, diarrhée, teint terreux, fièvre, inappétence.

Le 4. Mort à 8 heures du matin après vomissements incoercibles.

Les parents ont mis formellement opposition à l'autopsie. (Latouche.)

Obs. XV. — *Ostéomyélite de la jambe droite; incisions multiples; amélioration considérable.* — Depontalier (Louise), âgée de 3 ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades le 7 juillet 1885, dans la salle Sainte-Pauline, où elle occupe le lit n° 32.

L'enfant n'a jamais été malade.

Depuis huit jours, elle se plaint de sa jambe droite ; elle a un peu de fièvre et est très agitée.

Elle raconte qu'elle est tombée, mais elle n'a rien dit et la mère n'a rien vu.

7 juillet. Le pied et la jambe sont le siège d'un gonflement énorme. La peau est très tendue, blanche et très chaude. Le moindre contact provoque de violentes douleurs. Il y a de l'œdème au niveau de la malléole externe, et à ce point seulement on reconnaît la fluctuation. L'articulation tibio-tarsienne est libre.

La malade est très agitée. T., 40.

La face est rouge, fébrile ; la langue est sèche et très rouge à la pointe et sur les bords. Pouls très rapide. Pas de diarrhée.

Le soir même, trois incisions sont faites : une sur chaque malléole et une sur le dos du pied.

Il y a un écoulement purulent peu considérable par l'incision malléolaire externe seulement.

Le 8. La nuit a été bonne et la malade est beaucoup plus calme. Elle souffre toujours de la jambe.

Incision sur la partie moyenne de la face interne du tibia. (Pus sous le périoste).

Le 10. L'état général s'améliore. La suppuration continue, mais elle n'est pas abondante.

Le 26. Rougeole très confluente. Modification de la plaie. Pansement au camphre.

Le 29. Bronchite généralisée.

1er août. La toux diminue beaucoup et la desquamation commence. L'état général s'améliore.

Le 5. Plus de toux. Suppuration faible, mais il existe un trajet fistuleux réunissant l'incision tibiale à l'incision malléolaire externe. Injection de liqueur de Vilatte.

Le 16. Nouvelle injection de liqueur de Vilatte.

Le 27. Troisième injection de liqueur de Vilatte.

1er septembre. La cicatrisation de l'incision malléolaire externe se produit et le trajet fistuleux se fait jour par l'incision interne.

En somme, amélioration considérable. Il y a très peu de pus et le trajet fistuleux semble diminuer de plus en plus.

Le 10. L'amélioration continue.

Le 25. L'amélioration se maintient. Depuis le commencement de l'affection, les pansements phéniqués ont été renouvelés chaque jour. (Barraud.)

Obs. XVI. — *Ostéomyélite du tibia ; ouverture simple; trépanation ; amputation de la cuisse ; guérison.* — Le nommé Tellier (Emile), âgé de 7 ans, entre le 12 mai 1884, à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. de Saint-Germain, salle Saint-Côme, lit n° 7.

Pas d'antécédents héréditaires. Très bonne santé antérieure.

Dans les derniers jours du mois d'avril cet enfant a reçu un coup assez violent sur la jambe gauche. Depuis ce choc il s'est plaint de douleurs assez vives qui se sont accentuées, et il marche avec une difficulté de plus en plus grande. Il nous est cependant présenté à la consultation se tenant sur ses jambes.

Il présente un gonflement considérable de toute la jambe gauche avec rougeur. La palpation exagère beaucoup la douleur et, pratiquée après anesthésie, elle donne une sensation de résistance avec empâtement profond sans fluctuation nette.

L'état général est assez grave. La température est à 40°, le pouls à 120. Pas d'appétit. Insomnie complète.

Le 13. M. de Saint-Germain pratique sur la jambe, et au niveau des parties moyennes et inférieures, quatre incisions parallèles de 5 centimètres de longueur allant d'emblée jusqu'à l'os. Il sort par les deux incisions médianes du pus en quantité assez considérable. L'explo-

ration au doigt permet de constater que le périoste est mis à nu sur une grande étendue.

Le 14. Le soulagement qui a suivi l'opération n'a pas duré. Le gonflement et les douleurs persistent. La fièvre est toujours intense, et l'état général assez grave.

Le 16. M. de Saint-Germain fait avec une tréphine de 6 millimètres de diamètre une ouverture à la partie moyenne du tibia. Il s'écoule par cette ouverture du pus sanieux d'aspect huileux et sale. Lavage de la plaie à la solution phéniquée. Pansement avec cataplasmes phéniqués.

Le 17. Le malade présente un mieux assez sensible. Il a un peu dormi. Ses douleurs sont moins vives. T. 39°.

Le 22. L'amélioration n'a pas persisté. L'enfant accuse des douleurs très vives et exaspérées au plus haut point par la pression au niveau de l'union de la diaphyse avec les épiphyses, aussi bien à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du tibia.

Le 28. L'état local ne s'améliore pas. Les douleurs paraissent, au contraire, plus vives à la pression, et le tibia est dénudé sur une grande partie de sa surface. L'état général est toujours mauvais. L'enfant ne mange pas, dort peu, sa température oscille entre 39 et 40°.

8 juin. Même état général. L'état local est toujours aussi mauvais que possible. Le moindre mouvement arrache des cris à l'enfant, et la pression exaspère les douleurs au plus haut point.

M. de Saint-Germain se décide à pratiquer l'amputation de la cuisse le 12 juin. Cette amputation est faite sans aucun incident. Amputation à lambeaux avec réunion immédiate et pansement de Lister.

Le 14. L'enfant a eu un peu de délire et il a vomi. Sa température reste à 40°.

Le 15. Premier pansement. Etat local bon. L'enfant refuse absolument de manger. On lui introduit par le gavage, au moyen d'une sonde uréthrale introduite dans le nez et en plusieurs séances, 600 grammes de lait additionné de 50 grammes de rhum.

0,50 de sulfate de quinine, 0,03 d'extrait d'opium.

Le 16. L'enfant a dormi sans agitation. Il est assez oppressé et tousse fréquemment. L'examen de sa poitrine révèle la présence de râles disséminés à bulles grosses et moyennes, sans localisation.

Le 17. L'enfant a passé une très mauvaise nuit. Il a été fort agité

et sa dyspnée a beaucoup augmenté. Il a même été utile pendant la nuit de lui sinapiser la poitrine et de lui faire une piqûre d'éther.

L'examen de sa poitrine révèle la présence de râles sous-crépitants fins dans les deux poumons, mais surtout à la partie moyenne du poumon gauche et en arrière.

Le pansement est renouvelé. Le moignon n'est pas tendu et les sutures sont intactes, mais il s'écoule par le drain du pus en assez grande abondance et d'une fétidité extrême.

Large vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine. Sulfate de quinine, julep avec 15 grammes de sirop de codéine et 0,03 d'extrait thébaïque.

Le 18. La nuit a été meilleure. La dyspnée est moins considérable et la toux moins fréquente.

Température toujours élevée, oscillant entre 39° et 40°.

Le 23. Mauvaise nuit. L'enfant a de nouveau présenté beaucoup de dyspnée et un redoublement de fièvre. A l'auscultatiou, râles sous-crépitants fins avec souffle doux au sommet droit. Nouveau vésicatoire.

La plaie suppure toujours, mais le moignon n'est nullement tendu et le pus s'écoule facilement.

Le 25. Amélioration sensible malgré la persistance de la fièvre.

Le 30. On enlève les sutures et le tube à drainage. La réunion est parfaite en tous les points. Pus en petite quantité, moins fétide.

L'état général est meilleur, mais l'enfant tousse toujours et a toujours de la fièvre.

15 juillet. La cicatrisation de la plaie est parfaite et l'enfant peut se lever. Sa santé générale reste cependant toujours assez mauvaise et on trouve toujours dans la poitrine quelques râles disséminés.

Le 20. L'enfant est emmené par ses parents. L'état local est aussi parfait que possible. Etat général toujours peu satisfaisant.

Examen du tibia après l'amputation. — Vaste décollement du périoste et destruction considérable de cette membrane.

L'épiphyse inférieure du tibia est absolument séparée de l'os. Le cartilage de conjugaison est détruit. Les portions de l'os placées au-dessous de ce cartilage sont infiltrées de pus. Au-dessus du cartilage, dans le canal médullaire, le tissu spongieux a disparu, et le canal contient du pus sanieux et grisâtre. L'articulation tibio-tarsienne est intacte.

Au niveau de l'épiphyse supérieure les altérations sont moins pro-

noncées, car le cartilage conjugal est en partie détruit, et il existe au-dessus et au-dessous de l'infiltration purulente. Rien du côté du cartilage articulaire et de l'articulation du genou.

Obs. XVII. — *Ostéopériostite avec ostéomyélite; fracture spontanée du fémur; mort.* — Chevallier (Jules), âgé de 10 ans, entré le 3 janvier 1885, salle Saint-Côme, lit n° 11.

L'examen approfondi des antécédents héréditaires du malade ne permet de rien découvrir de rhumatismal chez ses ascendants. Mais une de ses sœurs a été atteinte de chorée.

L'enfant a fait à 9 ans une fièvre typhoïde, il n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme, pas de chorée ; aucune fièvre éruptive.

La maladie qui l'amène à l'hôpital s'est déclarée il y a dix jours et a débuté par de la fièvre, de l'agitation et du délire atteignant son maximum la nuit. En même temps, l'enfant accusait des douleurs dans la plupart des jointures des bras et des jambes avec gonflement de quelques articulations.

Enfin, nous devons ajouter que l'enfant raconte avoir été battu par un de ses petits camarades, et être tombé deux ou trois jours avant le début de sa maladie. Actuellement, l'enfant fait un rhumatisme aigu polyarticulaire ; la température donne le soir 39°.

La langue est saburrale, le pouls plein et rapide, les battements du cœur sont sourds, mais on n'entend pas de souffle ; il y a des râles plus fins à la base gauche, et pas de traces d'albumine dans les urines.

État local. — L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit est rouge et tuméfiée, douloureuse ; il y a gonflement également douloureux de l'articulation sterno-claviculaire droite ; enfin les épaules, les coudes, les hanches, sont douloureux sans phénomènes de gonflement appréciable et sans rougeur.

L'articulation temporo-maxillaire est douloureuse des deux côtés, et l'ouverture de la bouche est très limitée.

Le genou droit est douloureux, mais sans rougeur ni gonflement ; les articulations tibio-tarsiennes sont dans le même état.

Au niveau du genou gauche, la douleur est beaucoup plus vive, la peau est tendue, rouge, et il y a un épanchement considérable intra-articulaire, les culs-de-sac synoviaux sont distendus, se dessinent sous la peau, et le phénomène du choc rotulien est facilement perçu.

Traitement. — Salicylate de soude, 2 grammes.

Enveloppement des articulations malades avec de la flanelle enduite de baume tranquille.

Purgation avec du citrate de magnésie.

Le 4. Même état local. L'auscultation de la région précordiale fait entendre un bruit de cuir neuf, principalement à la partie moyenne; le pouls est régulier.

2 grammes de salicylate de soude.

Vésicatoire sur la région du cœur.

Le 11. On n'entend plus de frottement, mais la matité du cœur est augmentée; les battements sont sourds, lointains. Rien dans les plèvres, la fièvre persiste.

Les articulations sterno-claviculaire et métacarpo-phalangienne de l'index ne sont plus ni tuméfiées, ni rouges, ni douloureuses, mais l'épanchement du genou gauche est toujours volumineux, malgré l'application de deux vésicatoires successifs. De plus, le malade accuse une vive douleur dans le genou et dans la hanche gauche; la cuisse de ce côté est également sensible à la pression, et tuméfiée dans toute son étendue. Les mouvements du membre sur le bassin sont impossibles, et il existe un gonflement très notable de toute la racine du membre pelvien, avec disparition presque complète du pli inguino-crural, au niveau duquel la pression est particulièrement douloureuse; la peau est chaude, mais sans rougeur des téguments; en même temps la matité précordiale augmente et l'on est amené à appliquer un second vésicatoire sur le cœur.

Le 14. Anémie générale des téguments, amaigrissement; la fièvre persiste. La douleur est moins aiguë dans le genou, mais l'état de la cuisse et de la hanche gauche n'a pas changé.

Le 20. Même état local, mais les battements du cœur sont plus nettement frappés.

Le 31. La tuméfaction de la cuisse est considérable; la peau est tendue et lisse, pas de rougeur. Les veines sous-cutanées sont dilatées, tant au niveau du genou qu'au niveau de la hanche. Les moindres mouvements sont très douloureux, et la palpation permet de reconnaître une abondante collection purulente siégeant profondément à la partie interne de la cuisse et envahissant aussi la partie externe.

M. de Saint-Germain, appelé dans le service de M. Labric, où était alors l'enfant (nous devons ces renseignements à l'obligeance de M. Barbillou, interne de M. Labric), fait à la région moyenne et

externe de la cuisse, une incision profonde qui donne issue à une grande quantité de pus phlegmoneux. On fait dans la poche des lavages boriqués, et après avoir placé dans la plaie un tube à drainage, on applique un pansement de Lister.

5 février. Il s'écoule une notable quantité de pus rougeâtre, très fétide, mal lié, sans fragments d'os. Lavages avec une solution phéniquée au 1/50.

Le 9. On remarque qu'au niveau de la région sus-condylienne il existe une solution de continuité, il y a mobilité et crépitation. De plus, quand la cuisse repose sur le plan du lit, il y a une déformation très nette, c'est-à-dire qu'à la partie inférieure de la cuisse, il y a une encoche, un enfoncement angulaire correspondant au siège de la fracture.

C'est à cette époque que le malade passe dans notre service, salle Saint-Côme.

Le 10. La fracture ne peut être mise en doute : la crépitation, la mobilité sont très nettes, et lorsqu'on soulève la cuisse malade il se forme un angle à saillie en avant ; ces mouvements s'accompagnent de très vives douleurs. La suppuration est abondante, le pus est séreux, mal lié.

La pâleur est extrême ; cependant l'appétit est conservé, mais il y a diarrhée abondante.

Traitement. — Décoction blanche avec bismuth et diascordium. Vin de quinquina. Bagnols. Œufs. Enfin on place un appareil plâtré, immobilisant tout le membre inférieur et présentant, au niveau de la plaie, une fenêtre qui permet les pansements.

Le 11. L'abondance de la suppuration rend très difficile le maintien de l'appareil ; de plus, pour empêcher que le fragment supérieur du fémur ne bascule en avant, on le maintient en exerçant sur lui une compression légère avec une attelle entourée d'ouate, et l'on place au pied du malade un poids de 250 grammes. Chaque jour, lavages et pansements phéniqués. T. le soir, 40°,2.

Le 12. L'enfant va plus mal, la diarrhée a diminué, mais a fait place aux vomissements. L'attelle et le poids placés au pied ne peuvent être supportés et sont enlevés. L'appétit se maintient. T. matin, 39°,8 ; soir, 40°,8.

Le 13. Aggravation. T. matinale, 38°,8 ; vespérale, 39°,6.

Le 14. Le pus a détrompé l'appareil plâtré, et le membre est laissé libre. T. le matin, 38°,2 ; le soir, 38°.

Le 15. Le malade a dormi, a mangé, souffre moins et depuis la veille n'a pas vomi ; la diarrhée est moindre aussi. T. le matin, 38°,2 ; le soir, 39°,6.

Le 17. Malgré l'abondance de la suppuration, l'état général reste passable. T., 37°,8 matin ; 39°.6 soir.

Le 18. Les forces baissent chaque jour, la diarrhée est considérable, malgré le bismuth et le diascordium.

Le 20. Il s'est formé, au niveau des lombes, un vaste abcès ; à ce niveau, il y a douleur vive et la peau est rouge, luisante. De plus, le grand trochanter droit est douloureux et la peau, à ce niveau, commence à prendre un aspect vernissé. T. matin, 37°, 8 ; soir, 39°,8.

Le 21. On incise l'abcès lombaire, qui donne au moins 350 grammes de pus phlegmoneux.

Le 25. La cachexie s'accuse de plus en plus ; diarrhée incoercible. La suppuration de la cuisse est considérable, les pansements deviennent presque impossibles, ils sont traversés par le pus, qui est de plus en plus séreux. Il n'y a aucune trace de consolidation, la mobilité est complète et la crépitation absolument nette. L'abcès lombaire va mieux et donne moins de pus. Le membre inférieur sain et les bourses s'œdématient, sont infiltrés, mais non douloureux. T. matin, 38° ; soir, 39°,2.

1er mars. Sans cause appréciable, la température, qui le matin était à 37°,2, monte le soir à 40°,6. La diarrhée persiste, l'état local est le même, mais l'appétit reste assez bon.

Le 2. Même état ; de plus, il s'est formé dans l'aine gauche un abcès peu considérable qui s'ouvre seul. Érythème et exulcérations des bourses. T. soir, 38°,6.

Le 13. Depuis huit jours, l'état local n'a en rien changé, mais l'affaiblissement est de plus en plus marqué, et le matin à 11 heures (13 mars), l'enfant s'éteint doucement sans agonie.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on remarque que les poumons présentent de légères adhérences à la paroi costale à droite et à gauche.

A la coupe, ils laissent couler assez abondamment de la sérosité trouble, jaunâtre, légèrement purulente. Les bases sont fortement congestionnées.

Dès que les poumons sont enlevés de la poitrine, ce qui frappe le plus l'attention, c'est la présence à gauche d'une tumeur volumineuse blanchâtre, constituée par le cœur recouvert de son péricarde. Le cœur paraît énorme, il est aussi volumineux qu'un cœur d'adulte, mort en asystolie.

Le péricarde, blanchâtre, est extrêmement épaissi, il a une épaisseur de près d'un demi-centimètre et à la coupe a un aspect lardacé. Lors de son ouverture, il s'écoule environ 100 grammes de liquide purulent ou plutôt séro-purulent. Ce pus est contenu dans une vaste poche formée par la portion de péricarde qui recouvre tout le cœur à l'exception du ventricule droit. La face interne de cette poche est tapissée de fausses membranes épaisses, mollasses et blanchâtres. Au niveau du ventricule droit, les deux feuillets péricardiques sont confondus, adhèrent intimement l'un à l'autre, il y a symphyse cardiaque.

Le muscle cardiaque est ramolli, couleur feuille morte; les orifices ne présentent rien d'anormal et sont suffisants.

Le foie est volumineux, gras, il pèse 1,500 grammes, il est jaune de cire.

La rate et les intestins ne présentent rien de particulier, pas plus que la vessie.

Les reins sont volumineux, pâles, anémiés, on distingue facilement les limites des deux substances.

Le cerveau est normal.

Le fémur gauche, enlevé de la cuisse, présente une désorganisation presque complète.

Il est fracturé à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Le fragment supérieur est taillé fortement en biseau aux dépens de sa face postérieure; tout autour de cette surface fracturée on voit des stalactites osseuses nombreuses et irrégulières, toute la surface de fracture est atteinte d'ostéite et comme spongieuse.

Du côté du fragment inférieur, même disposition, mais la partie de l'os qui devrait s'appliquer au fragment supérieur est tellement malade, que toute coaptation est impossible; elle est formée de trabécules osseuses, minces, creusées de géodes, elle est profondément désorganisée et porte à sa partie postérieure, au niveau de la ligne âpre une exostose considérable, grosse comme le pouce d'un adulte.

Sur tout le reste de son étendue, la diaphyse de l'os est également très altérée, on y voit de nombreux points d'ostéite, les canaux de Havers sont élargis, tout le fémur est comme spongieux. Au niveau de l'extrémité inférieure en arrière et au-dessus de l'espace inter-condylien, l'os est défoncé et il y a une excavation communiquant avec le canal médullaire.

Mais c'est du côté des épiphyses que les lésions sont le plus marquées. L'extrémité inférieure n'est pas séparée de la diaphyse, mais elle est spongieuse, et le cartilage diarthrodial est érodé, ulcéré, détruit par places.

Quant à l'extrémité supérieure du fémur, elle est profondément désorganisée, le grand trochanter est séparé de l'os et ne lui est plus attaché que par un petit cordon fibreux. Toute son épaisseur et celle du col du fémur sont creusées de cavités volumineuses, véritables géodes, dont les parois sont formées par les trabécules osseuses à tissu raréfié et profondément désorganisé par l'ostéite.

Sur la tête fémorale, le cartilage n'existe plus, et la partie supérieure et postérieure de cette tête fémorale est détruite par l'ulcération, de sorte que la tête, qui a diminué de volume de près de moitié, est aplatie de haut en bas au lieu d'être sphérique.

Si l'on ouvre le canal médullaire, on voit que la partie profonde de l'os est aussi complètement atteinte que la partie superficielle et périphérique.

En haut, au niveau du col et du tiers supérieur du fémur, il n'y a pas de canal médullaire. Ce canal est rempli d'un tissu spongieux grisâtre, infiltré de pus, qui en occupe le centre, et de chaque côté, entre ce tissu spongieux et les parois médullaires, on voit deux petites rigoles étroites. Le tout est infiltré de pus.

Au niveau de la partie moyenne, le canal médullaire existe, mais les parois de tissu compact sont très épaissies et atteintes également d'ostéite.

Au niveau du point fracturé, ces parois viennent au contact; il n'y a plus traces de cavité centrale de l'os.

Dans tout le fragment inférieur, même disposition qu'au niveau de l'extrémité supérieure de l'os; le canal n'existe pas et est comblé par du tissu spongieux plus dense qu'en haut, à cavités plus petites, sauf en bas, où l'on trouve une excavation communiquant avec l'ulcération sus-condylienne de l'os ; le tout est rempli de pus infiltré.

Le cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur est sain et parfaitement visible ; au contraire, au niveau de l'extrémité supérieure de l'os, les cartilages ont disparu complètement.

Du côté du bassin, la cavité cotyloïde est prise ; son cartilage est complètement détruit par places, érodé, ulcéré. Sur d'autres points, l'articulation contient du pus et il n'y a plus trace de ligament rond.

Enfin, pour terminer, l'articulation du genou est saine. (Latouche.

A propos de l'observation XVI, nous ferons remarquer que l'amputation, pour n'avoir été pratiquée qu'un mois environ après les incisions, n'en a pas moins été suivie d'une cicatrisation parfaite de la plaie, et cela avec un état général très mauvais.

L'autopsie du membre amputé dans l'observation XVI et l'autopsie totale qui termine notre observation XVII fournissent des documents intéressants sur l'état des os, du périoste et des surfaces articulaires dans l'ostéomyélite.

REVUES DIVERSES

ANALYSES ET EXTRAITS DIVERS.

Zur Diagnostik und Thérapie der angeborenen Atresie des Afters und des Mastdarmes bei den neugeborenen Kinder. (Du diagnostic et du traitement de l'atrésie de l'anus et du rectum chez les nouveau-nés), par JACUBOWITSCH (*Archiv für Kinderheilkunde*, T. VII, cah. VI, 1886). — Les variétés principales de cette affection sont, selon Bodenhamer (A practical treatise of [the congenital malformations of the rectum and anus, p. 46-47), les suivantes :

1) L'anus est rétréci vers son orifice.

2) Les membranes de l'organe sont tellement tendues qu'elles déterminent la formation des plis et la déformation du sphincter anal.

3) L'anus et le rectum sont bien développés, mais l'orifice anal se

trouve fermé par une mince membrane. (Quelquefois cette membrane est épaisse et résistante.)

4) L'anus manque. Le raphé scrotal se continue jusqu'au coccyx. Le rectum lui-même peut manquer entièrement dans ces cas ainsi que le sphincter anal.

5) Un orifice anormal et remplissant les fonctions de l'anus se trouve à sa place. Le rectum et le côlon peuvent manquer entièrement ou en partie dans ce cas.

6) Le rectum se termine en cul-de-sac plus ou moins éloigné du périnée. Les parois du cul-de-sac rectal sont solidement fixées aux tissus environnants. Il n'existe aucune trace d'orifice anal.

7) Le rectum est séparé de l'anus régulièrement conformé par un étranglement circulaire plus ou moins épais. La lumière du canal anal n'est pas rétrécie.

8) L'anus normal. L'extrémité anale du rectum est par contre transformée sur une longueur plus ou moins étendue en un cordon fibreux. Quelquefois ce cordon se termine par une espèce de sac.

9) L'anus et la partie avoisinante du rectum présentent une conformation normale. Plus haut, les parois du rectum se sont unies (sur toute la hauteur ou par places) l'une à l'autre et le rectum se trouve ainsi complètement oblitéré.

10) Toute la lumière du canal rectal (d'ailleurs normal) se trouve oblitérée par une substance fibreuse de nouvelle formation. L'anus manque.

11) Le rectum se termine dans la vessie, l'urèthre, le vagin, l'utérus, ou aboutit à un cloaque. Le doigt explorateur peut, dans certains de ces cas, rencontrer un orifice anal imparfait permettant au doigt de s'enfoncer de quelques lignes, mais l'anus bien conformé ne se rencontre jamais.

12) Le rectum peut s'ouvrir par un orifice anormal dans la région sacrée. Cet orifice anormal se prolonge en un canal fistuleux qui peut s'ouvrir à un endroit quelconque du périnée, du pénis, de la grande lèvre, etc. L'orifice anal normal et bien conformé ne se rencontre jamais dans ces cas.

13) Le côlon se termine par un cul-de-sac tantôt libre dans la cavité du bassin ou celle de l'abdomen, tantôt attaché par des bandes

fibreuses aux parois. La place du rectum est remplie par du tissu cellulaire.

14) Pas d'anus ni de côlon. Il existe dans ces cas un anus contre nature situé sur une partie quelconque du corps et établissant la communication avec le cæcum ou l'intestin grêle.

15) La malformation de l'anus ou du rectum peut être compliquée par une autre difformité quelconque : fissure scrotale, spina bifida, développement imparfait des extrémités, etc.

Cette énumération n'épuise encore pas, croit M. Jacubowitsch, la liste des différentes malformations de l'anus et du rectum.

L'auteur rapporte l'histoire de six cas nouveaux :

I. Enfant de quatre jours. Atrésie de l'anus à la hauteur de deux pouces. Conformation normale de l'orifice. Perforation. Introduction d'une éponge préparée. Dilatation à l'aide des bougies poursuivie pendant des mois. Guérison.

II. Enfant de deux jours. Manque complet de l'orifice anal. L'opération entreprise pour la recherche du bout de rectum n'a pas été suivie de résultat. Opération de l'anus contre nature remise au lendemain. L'enfant succomba. L'autopsie permit de constater la terminaison du rectum dans la vessie par un canal très étroit. La communication avec la vessie fut établie du vivant de l'enfant, mais on pensa à une fistule.

III. Enfant de trois jours (garçon). Absence complète de l'orifice anal. Opération de l'anus contre nature. Mort de l'enfant. L'autopsie permit de constater la communication du rectum avec la vessie. Orifice vésical de 1 centimètre de diamètre.

IV. Enfant (fille) de deux mois. L'orifice anal ne laisse passer qu'une fine sonde et se trouve situé en arrière de la commissure inférieure des grandes lèvres. Introduction du bout d'un bistouri dans cet orifice, élargissement de l'orifice dans la direction du périnée, fixation de la muqueuse aux bords de la plaie. Guérison.

V. Enfant de deux jours (garçon). L'orifice anal manque. L'urine claire. Incision de la peau à la place (normale) de l'anus et recherche de l'extrémité terminale du rectum dont le cul-de-sac fut trouvé à la hauteur du milieu de l'os sacral. L'enfant succomba à la pyémie trois semaines après l'opération. Une malformation des reins fut trouvée à l'autopsie.

VI. Enfant de trois jours (fille). L'orifice anal manque. L'urine claire. Colotomie iliaque droite. Guérison.

L'auteur parle longuement du diagnostic des différentes variétés des malformations anales et finit son travail par les statistiques sur les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale : sur 13 colotomies par le procédé de Littré, 9 enfants (soit 69,23 0/0) guérirent ; par contre, sur 10 opérations par la méthode de Callisen, 3 enfants seulement restèrent en vie. D'un autre côté, on sait que Guersant, opérant selon les préceptes de Littré, perdit 11 enfants sur 11 opérés.

M. Jacubowitsch trouve l'opération de Littré d'une exécution plus facile et ne présentant pas de plus grands dangers que celle de Callisen et se prononce en conséquence en faveur de la première.

Die Warmwasserbehandlung bei Morbilli. (Des bains chauds dans la rougeole), par Cohn (*Archiw für Kinderheilkunde* T. VII, cah. VI, 1886). Sur 100 rubéoliques traités par des bains chauds, 8 succombèrent (dans ce nombre, 3 enfants à la diphtérie intercurrente, 3 à la broncho-pneumonie consécutive, et 2 seulement pendant la rougeole). Ces bons résultats sont dus, croit l'auteur, à l'action bienfaisante des bains chauds pendant la fièvre. Aussitôt que la température atteignait 38, 38,5° C., les enfants recevaient jusqu'à 6 bains chauds de 28-30° R. dans les vingt-quatre heures. La durée des bains était de 8 à 10 minutes ; l'immersion se faisait jusqu'au cou, et des douches avec de l'eau froide sur la tête étaient pratiquées pendant le séjour dans le bain chez des enfants abattus et somnolents. Transpiration abondante et respiration sensiblement plus facile après le bain. De plus, sous l'influence des bains, la température du corps s'abaissait très notablement.

Le traitement par des bains chauds doit commencer de bonne heure avant le commencement de la broncho-pneumonie rubéolique.

Regelmässiger Krankenzimmerwechsel bei Keuchhusten und anderen Infectionskrankheiten. (Du changement de chambre pendant la coqueluche et autres maladies infectieuses), par Jurgens (*Ibid*). — L'auteur recommande de faire changer de chambre le malade tous les cinq jours pendant la coqueluche, toutes les vingt-quatre

heures pendant la diphthérie. La chambre évacuée sera aérée et désinfectée avant que le malade y revienne.

1) L'état actuel de nos connaissances sur les maladies infectieuses est en flagrante contradiction avec l'habitude de laisser le malade dans la même chambre pendant toute la durée de la maladie.

2) Le changement de chambre est d'une absolue nécessité dans les maladies dont le contagium se propage par l'intermédiaire des voies respiratoires et sera de rigueur alors même que le malade ne reste dans sa chambre que la nuit.

3) Une désinfection sérieuse des chambres des malades est nécessaire avant que ces chambres soient de nouveau occupées.

Folgezustände der Phimose. (Complications du phimosis), par HANS SCHMID. (*Centralblatt für chirurgie*, n° 28, 1885). — Les enfants atteints du phimosis sont très souvent porteurs de hernies. Durant la dernière année, l'auteur eut l'occasion de voir à la policlinique de l'hôpital Augusta de Berlin, 62 hernies ombilicales et 28 hernies inguinales ou crurales compliquées de phimosis. Le Dr Baginsky remarqua, de son côté, que la guérison de ce dernier détermine souvent la disparition consécutive de l'hernie ombilicale qui l'accompagnait.

Fall von Carcinoma testis bei einem 1 1/2 — jæhrigem Kinde. (Un cas de carcinome testiculaire chez un enfant de 1 an 1/2), par SCHLEGTENDAHL. (*Centralblatt für chirurgie*, n° 38, 1885). — Le testicule gauche d'un enfant bien portant était transformé en une tumeur de consistance presque molle et de la grosseur d'un citron. Cette tumeur offrait tous les signes d'un carcinome testiculaire. Castration. Guérison rapide. L'examen microscopique fait au laboratoire de l'institut pathologique à l'université de Göttingen donna comme diagnostic précis : adéno-carcinome testiculaire. La tumeur envahit quelques mois plus tard le cordon et les organes de la cavité abdominale. L'envahissement du corps caverneux fut suivi d'érections continues et de troubles dans la miction. L'enfant succomba depuis. L'autopsie fut refusée.

Uber Pemphigus der Augen (Du pemphigus des yeux), par Cohn. (*Breslauer ärztliche Zeitschrifft* 1885, n° 10 et suivants). Communication faite à la Société de Médecine de Schleswig. — M. Cohn n'observa le pemphigus des yeux qu'une seule fois (récemment) sur 50,000 malades des yeux qu'il eut l'occasion de voir. Le malade, garçon de 4 ans, présentait l'éruption disposée en lignes courbes sur toute la surface cutanée du corps. Les vésicules, vues antérieurement, avaient disparu déjà quand l'auteur vit pour la première fois le malade. De petites vésicules sur la muqueuse de la bouche et de la langue furent pourtant encore trouvées. La conjonctive palpébrale était recouverte d'une cuticule bleuâtre, mince, facile à isoler. Le sac conjonctival diminué et déformé par la réunion partielle des paupières au globe oculaire par l'intermédiaire du tissu fibreux (symblépharon et syncanthus). La cornée recouverte d'un enduit membraneux grisâtre ou de couleur rosée selon les endroits. Point de vésicules proprement dites. Sécrétion muqueuse peu prononcée. De nouvelles éruptions vésiculeuses apparurent dans le cours de l'observation. « La peau fut tellement sensible qu'un léger pincement déterminait aussitôt la formation d'une vésicule. » Le retrait de la cornée détermina dans la suite une profonde gêne des mouvements du globe oculaire. Des vésicules isolées apparurent sur cette membrane dont la transparence diminuait chaque jour. Le traitement (sans résultat) consistait en instillations de lait, d'huile, de solution de borax, d'atropine, d'eau de zinc. La peau était saupoudrée avec de la poudre de talc et d'acide borique. A l'intérieur on ordonna les préparations arsénicales. Le cas de l'auteur est le quatorzième qui fut publié.

Le diagnostic de l'affection n'est possible que quand la peau est simultanément atteinte. Il est possible que le retrait essentiel (essentielle Schrumpfung) de la cornée doit être rapporté au pemphigus des yeux. La maladie peut frapper les individus de tout âge ; elle a été observée chez des enfants de deux semaines comme chez des vieillards de soixante-dix et quelques années. Les deux yeux sont atteints l'un après l'autre, quelquefois à quelques années d'intervalle.

Le symptôme caractéristique de la maladie consiste en formation de vésicules sur la conjonctive et la cornée. A la conjonctive, ces vésicules conduisent à la formation d'érosions et de cicatrices très étendues (symblépharon). A la cornée, elles peuvent devenir le point de départ d'un pannus, conduire aux ulcérations et à la perforation de la membrane. Le pronostic est toujours fâcheux et doit être réservé,

mais la guérison avec la formation de cicatrices de peu d'étendue a été observée. Le traitement reste impuissant.

Zur Aetiologie und Prophylaxie der Ophtalmoblennorrhœa neonatorum. (De l'étiologie et de la prophylaxie de l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés), par le Dr Hermann Uppenkamp. (*Thèse de Berlin*, 1885). — L'auteur croit que l'ophthalmie blennorrhagique est produite par l'action directe des sécrétions gonorrhéïques vaginales sur les yeux de l'enfant pendant l'accouchement. D'autres sécrétions vaginales (leucorrhée) peuvent provoquer une inflammation catarrhale de la conjonctive, quelquefois très intense, mais ne déterminent jamais une blennorrhée des yeux.

La longue durée de la seconde période de l'accouchement, la présentation de la tête, l'évacuation prématurée de la poche des eaux, l'intervention opératoire sont autant de causes prédisposantes à l'infection. (Les observations de l'auteur portèrent sur 243 cas observés à la clinique de la Charité de Berlin.)

Depuis 1881 on se sert du procédé de Credé comme moyen prophylactiquc. Les bons résultats de la méthode sont démontrés par les chiffres suivants :

En 1879	on eut à la Charité	70	cas d'ophthalmie.
« 1880	—	120	—
« 1881	—	36	—
« 1882	—	6	—
« 1883	—	8	—
« 1884	—	6	—

L'auteur propose de se servir, pour les instillations, de la solution de 0,5 0/0 de nitrate d'argent (à la place de celle de 2 0/0 recommandée par Credé) ; tout en étant suffisante, elle n'a pas l'inconvénient de produire une forte réaction locale (empâtement de la conjonctive, sécrétions séreuses, etc.), comme c'est le cas pour la solution de Credé.

Demonstration eines Falles von Pseudo-hermaphroditismus masculinus externus in der Sitzung der K. K. Gesellschoft der Aerzte zu Wien ain 26 Februar 1886. (Démonstration d'un cas d'hermaphroditisme masculin externe dans la séance du 26 février 1886, de

la Société des Médecins de Vienne), par le Dr Schopf (*Wiener medicin. Presse* 1886, s. 247). — Enfant de 7 ans (garçon, comme le croit l'auteur). Dans la région inguinale on découvre, par la palpation, deux corps ovalaires, qu'il est possible d'abaisser jusqu'aux grandes lèvres. Ces corps sont unis par un cordon fibreux à l'anneau inguinal correspondant. L'auteur les regarde comme des testicules. L'enfant possède un clitoris situé en arrière de l'orifice de l'urèthre. Le vagin et l'utérus manquent complètement. Dans la discussion qui suit la présentation de l'enfant, les professeurs Weinlechner et Kundrat font remarquer qu'il est plus simple de regarder les deux corps ovalaires énigmatiques comme des ovaires devenus libres et faisant hernie, en raison de l'arrêt de développement de l'utérus. Le cordon fibreux rattachant les tumeurs à l'anneau inguinal, trop gros pour un *vas deferens*, serait la trompe de Falloppe contournée sur elle-même. Il s'agirait, dans le cas présent, non d'un hermaphroditismus masculinus externus, mais simplement d'un arrêt de développement des organes génitaux compliqué d'une hernie double des ovaires.

Zur acuten Arsenic-Intoxication. (Un cas d'intoxication aiguë par l'arsenic), par le Dr Ad. Cohn. (*Archiv f. Kinderherlkunde*, T. VII, cah. VI, 1886). — L'auteur finit la communication de l'histoire de l'intoxication (il s'agit d'un enfant, garçon de 6 ans, jouissant antérieurement d'une excellente santé), et des résultats de l'autopsie par les conclusions suivantes :

« Sous l'influence de l'incorporation d'une quantité considérable d'arsenic ou sous l'influence du sang altéré par le poison, il se produit une paralysie des vaisseaux cérébraux aboutissant successivement à la stagnation, à la transsudation du sang, à l'œdème de la substance cérébrale et à l'épanchement séreux dans les ventricules. Les symptômes observés ainsi que les données de l'autopsie (rappelons-nous que l'enfant jouissait d'une parfaite santé avant l'accident) indiquent clairement cette paralysie vasculaire et ses conséquences funestes. Il serait à voir si une saignée (d'une veine de la tête), une transfusion de sang ou une solution de sel marin ne peuvent modifier ou diminuer les suites fâcheuses d'une paralysie des vaisseaux cérébraux. »

La température ne s'éleva pas durant toute la durée (sept heures et demie) au-dessus de 38°,6.

Dr G. Boehler.

L'albuminuria nella scarlattina (De l'albuminurie dans la scarlatine), par le Dr Stevenson Thomson (de Londres), d'après *los Avisos* et *l'Archiv. de Pat, Inf.*, mai 1886.

Le Dr Stevenson Thomson, dans la séance du 10 novembre dernier de la *Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres*, a lu une communication sur l'état préalbuminurique dans la scarlatine, en s'appuyant sur l'analyse de l'urine pratiquée dans 180 cas de cette affection :

Voici les principaux points traités par l'auteur dans cet excellent mémoire :

1° *A quelle période de la scarlatine appartient l'albuminurie?* Dans un seul cas, elle est apparue dans le premier septénaire de la fièvre (*albuminurie initiale*) ; dans les autres cas, elle s'est manifestée après que les phénomènes fébriles avaient disparu, dans la période de la convalescence (*albuminurie terminale*).

2° *L'albuminurie est-elle fréquente?* Eu égard au nombre des cas relativement modique, dans lesquels ce phénomène a été observé, on ne peut formuler un jugement définitif. Il semble pourtant que jusqu'à un certain point, la néphrite doit être considérée comme un facteur aussi constant et aussi essentiel dans la scarlatine que l'exanthème et l'angine.

3° *Quelle relation y a-t-il entre l'hémoglobinurie et l'albuminurie dans l'urine des scarlatineux?* L'hémoglobinurie sans albuminurie qui caractérise l'état appelé *préalbuminurique* est exceptionnel.

On peut l'observer également dans les derniers jours de l'albuminurie, et alors on devrait plutôt la considérer comme un état post-albuminurique.

L'état préalbuminurique existe-t-il? L'auteur croit que non. Dans la grande majorité des cas, l'albuminurie et l'hémoglobinurie coexistent, et au début de la lésion rénale, on rencontre dans l'urine des globules rouges en même temps que l'albumine.

On the affections of the joints wich complicate or follow scarlet fever (Des affections articulaires qui compliquent la scarlatine ou qui lui succèdent), par le Dr Henry Ashby, dans le *Brit. Med. Journ.* du 22 mai 1886.

Il est connu depuis le commencement du siècle que dans certaines

épidémies de scarlatine, les articulations peuvent être prises, mais c'est seulement à une époque relativement récente, grâce aux travaux d'Underwood, de West, de Trousseau, de Henoch et d'autres cliniciens que ces affections ont été bien constatées et pathologiquement connues.

Trousseau, dans ses leçons cliniques, attire tout spécialement l'attention sur ce qu'il appelle le rhumatisme scarlatineux, affection plus répandue qu'on ne le croit généralement, et il ne semble pas avoir de doutes, par rapport à son identité, ou au moins sa parenté très proche avec le rhumatisme aigu. Néanmoins il fait voir les principaux points qui les distinguent.

L'opinion d'après laquelle la forme d'affection articulaire survenant le plus communément au cours de la scarlatine serait due à la diathèse rhumatismale plutôt qu'à une synovite produite par l'action du virus scarlatineux a été généralement soutenue par les écrivains de l'Angleterre et du continent, et dans une discussion qui eut lieu à la réunion annuelle de la *British Medical Association*, à Liverpool, en 1883, sur le *rhumatisme dans l'enfance*, la plupart de ceux qui prirent la parole furent d'avis que le rhumatisme scarlatineux était essentiellement le même que la forme ordinaire du rhumatisme.

L'auteur avait déjà, à ce propos, fait remarquer qu'une forme au moins de l'affection articulaire scarlatineuse était plus étroitement liée avec un état septicémique qu'avec un état rhumatismal.

Il s'est depuis confirmé par l'expérience dans la pensée que, s'il existait une divergence considérable entre l'opinion des divers observateurs, cela tenait à ce qu'ils avaient observé des faits différents. Ainsi les faits du Dr Henry Ashby étaient tous empruntés au quartier des fiévreux d'un hôpital des enfants, tandis que ceux des autres observateurs étaient fournis par des adultes convalescents de la scarlatine. Le premier groupe des faits était évidemment dû à une septicémie, le second au rhumatisme.

Les diverses formes d'affections articulaires en rapport avec la scarlatine pouvaient être classées comme il suit : 1° synovite; 2° pyhémie aiguë ou chronique; 3° rhumatisme aigu ou subaigu; 4° affection articulaire scrofuleuse.

Synovite. — Le Dr Ashby a conservé les observations d'environ vingt cas de synovite observés dans les dernières années, sous la forme d'une légère inflammation des articulations, qui a disparu en quelques jours, sans aller jusqu'à la suppuration. Il n'est pas aisé de

donner une idée de la fréquence de cette complication, qui se présente plus souvent dans certaines épidémies. Dans quatre cas la synovite a été suivie par de la néphrite. Il est important de remarquer que la néphrite survient rarement dans des cas légers, tandis qu'au contraire le rhumatisme vrai apparaît très souvent dans de légères attaques.

Dans un cas de scarlatine sans complications, la température s'en va baissant vers la fin ou au moins dans les limites de la première semaine, le rash disparaît et le gosier reprend son aspect naturel. Dans les cas compliqués de synovite, la fièvre a continué pendant la seconde et la troisième semaine, entretenue le plus ordinairement par la gravité des ulcérations de la gorge.

Dans les vingt cas, deux eurent une issue fatale, l'un, le neuvième, et l'autre le vingt-quatrième jour. Les articles le plus souvent attaqués furent les poings et les articulations des doigts, l'inflammation englobant quelquefois la membrane synoviale des tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts à la paume et au dos des mains. Souvent les articulations furent douloureuses au toucher ou dans les mouvements; moins souvent elles furent rouges et enflées. Le plus fréquemment la synovite a été fugitive, ne durant que quelques jours et ne se représentant jamais au même article.

La connaissance du fait que la synovite commence presque toujours à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine peut être un bon élément de diagnostic, parce que le rhumatisme vrai, quand il survient, se montre généralement pendant la convalescence, ou, dans certains cas, au commencement de la scarlatine.

L'auteur n'a pas trouvé de complications cardiaques véritables dans ses vingt cas, et il n'a jamais eu l'occasion de voir la chorée succéder à la synovite.

Voici, en résumé, les principaux points de différenciation entre la synovite et le rhumatisme :

La synovite est plus commune dans certaines épidémies que dans certaines autres. Elle se montre plus spécialement dans le cas où le stage fébrile est prolongé par la gravité de l'affection de la gorge.

Les lésions articulaires surviennent presque toujours à un stage défini de l'attaque, notamment à la fin de la première semaine. Il y a moins d'articles pris que dans le rhumatisme aigu. Les attaques sont plus fugitives et elles récidivent rarement.

La péricardite et la pleurésie ne sont pas connues dans la synovite et l'endocardite y est très rare.

Pyhémie aiguë ou chronique. — Indépendamment de la septicémie scarlatineuse résultant de l'absorption des matières septiques de la gorge, il y a certainement un stage plus avancé de cette affection dans lequel la phlébite, l'embolie septique de divers organes, les abcès articulaires et l'inflammation purulente de diverses membranes séreuses viennent prendre place. La pyhémie n'est pas rare dans la fièvre scarlatine, mais on ne peut pas dire qu'on y trouve souvent des arthrites suppurées. Le Dr Ashby n'en a vu que trois cas mortels.

Rhumatisme aigu ou subaigu. — De même que la synovite est la complication articulaire de la scarlatine la plus fréquente chez les enfants, il faut reconnaître que le rhumatisme vrai est l'affection articulaire la plus fréquente chez les adultes pendant la convalescence. Une attaque de scarlatine semble, dans certains cas, réveiller une attaque de rhumatisme ou de péri-endocardite. Dans quatre cas notés par le Dr Ashby, il y eut une de ces récidives.

Affection articulaire scrofuleuse. — Une coxalgie ou une autre affection scrofuleuse des articulations arrive plus souvent qu'on ne le croit à la suite de la scarlatine. Probablement l'affaiblissement de la santé générale produit par la fièvre prédispose aux affections tuberculeuses des os ou des autres organes. Il ne peut y avoir aucun doute qu'une attaque de scarlatine ne soit en général une cause d'aggravation pour une affection articulaire chronique déjà établie. Il est possible aussi qu'une articulation qui a été frappée de synovite puisse devenir le siège d'une affection chronique. Le passage des maladies en chirurgie empêche souvent de suivre le développement de ces affections à la suite de la scarlatine.

Dr Pierre-J. MERCIER.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd., 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Octobre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC UN STADE DE SUEURS TRÈS ACCUSÉ CHEZ UNE ENFANT DE 18 MOIS.

OBSERVATION COMMENTÉE

Par le Dr Jules Simon,

Dans une Conférence clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, en mai 1886.

Messieurs,

Il n'y a pas de fait en même temps plus constant et moins universellement admis que l'existence de manifestations larvées, protéiformes de la fièvre intermittente chez les enfants, qui sont pour le clinicien non prévenu une cause perpétuelle d'erreur. L'empoisonnement palustre peut, en effet, chez les enfants comme chez les adultes, revêtir des formes si bizarres et si imprévues que, même le succès du sulfate de quinine, administré dans ces circonstances, ne suffit pas toujours pour convaincre les incrédules, surtout quand le milieu ambiant semble absolument à l'abri des effluves malariques. J'ai déjà

fourni des faits à l'appui de cette thèse dans les *Archives* (1); j'ai aussi publié dans la *Revue des maladies de l'Enfance*, en 1883 (2), quatre observations nouvelles, complémentaires de celles qui ont été visées antérieurement sur le même sujet dans mes conférences sur l'emploi du sulfate de quinine chez les enfants (3).

Ces quatre observations portaient : l'une, sur un cas de dyspnée avec cornage chez un enfant de 20 jours ; l'autre, sur des accès quotidiens de torticolis chez une fillette de 6 ans ; la troisième, sur une convalescence prolongée de bronchite aiguë chez un garçon de 7 ans ayant habité l'Algérie ; la quatrième, sur des selles sanglantes périodiques chez une fillette de 12 ans, originaire de Colombie. Ces diverses affections avaient cédé promptement à l'emploi du sulfate de quinine et de plus, pour ceux que l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt* aurait laissés incrédules, la provenance des trois derniers enfants, dont l'un avait séjourné aux environs de Limoges, l'autre en Algérie et le troisième en Colombie, devait mettre hors de doute l'origine palustre de l'affection.

Il n'est pas aussi facile de démontrer l'origine malarique d'affections bizarres, évoluant dans des milieux à l'abri du soupçon par rapport à l'intoxication palustre, et cette étiologie, même appuyée sur un succès par l'emploi de la quinine, semble tout à fait paradoxale quand il s'agit d'un milieu comme Paris. Pourtant, Messieurs, je ne crains pas de le dire, les cas de ce genre ne sont pas rares à Paris, chez des enfants au-dessous de 3 ans. Un grand nombre de ces cas sont méconnus, car il faut une attention spéciale pour les discerner sous la complexité et la bizarrerie des symptômes qui les voilent, jusqu'à ce que des phénomènes d'une signification indiscutable viennent en révéler la nature. Il y a

(1) En 1870.

(2) Voir le numéro de la *Revue des maladies de l'Enfance* de février 1883.

(3) *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*, 2e édit. Delahaye, Paris, 1882.

même des formes qui semblent créées pour déjouer tout soupçon de la vérité, ce sont celles dans lesquelles la fièvre revêt le type *double-quotidien*, revenant de jour et de nuit. Il faut réellement, dans ces formes, être prévenu par une expérience antérieure pour ne pas confondre cette fièvre avec une fièvre continue ou subcontinue. Voici un fait bien intéressant qui contribuera sans doute à vous prémunir contre cette sorte d'erreurs.

Le 2 mai dernier, une fillette, âgée de 18 mois, appartenant à une famille très distinguée de ma clientèle de ville, guérie d'une laryngo-bronchite (disons d'un rhume pur et simple qui avait en tout duré huit jours), fut prise d'une grande agitation nocturne, au dire de ses parents, accompagnée de fièvre, de prostration, de gémissements que j'ai pu constater moi-même le 3 au matin. A ce moment, l'enfant ne pouvait soutenir sa tête ; toutes les veines des tempes étaient distendues ; elle présentait les signes d'une souffrance manifeste, demandait à être portée et, au moment de ma visite, conservait encore un mouvement fébrile assez accentué.

La chaleur de la tête, la distension des veines, la tristesse, les plaintes, jointes à la prostration, tout faisait craindre une congestion de l'encéphale, car l'examen de la gorge et de la poitrine, pas plus que l'état des voies digestives, ne permettaient d'expliquer par une autre cause ces phénomènes attribuables en apparence à un état cérébro-spinal.

Dans la journée du 3 mai, l'enfant fut reprise à une heure de l'après-midi d'une transpiration profuse des mains, du front, du cou et des pieds, avec un refroidissement considérable de ces parties et de tout le corps. Cet état, commencé à une heure de l'après-midi, dura cinq heures et l'enfant, très attristée, très grognon pendant ce laps de temps, recouvra son enjouement dans la soirée ; elle consentit à teter et à s'alimenter, ce qu'elle n'avait pas voulu faire pendant le stade de transpiration.

La nuit se passa bien, dans sa première partie, jusqu'à cinq heures du matin ; à partir de ce moment, il se produisit un

accès de transpiration, accompagné du froid le plus intense. En même temps, tristesse, agitation, plaintes, le tout durant cinq à six heures.

Les parents de cette enfant avaient déjà perdu une petite fille avec les mêmes symptômes, à la suite d'une entérite. Vous pouvez vous faire une idée de leur inquiétude. Ils habitent, la plus grande partie de l'année, une région de la Bretagne, non exempte de fièvre intermittente. Sous la pression de leurs préoccupations, très légitimes d'ailleurs, je changeai l'heure de ma visite; je me rendis chez la petite malade avant de venir ici, en cet hôpital, et je la trouvai en plein dans le stade de transpiration algide que je viens de vous décrire.

Je ne reproduirai pas les symptômes de cet état, mais je veux insister sur les caractères particuliers du froid dans ces circonstances. L'impression que produit ce froid au contact n'a rien de commun avec les sensations ordinaires du même genre et la palpation d'un morceau de glace n'en donnerait pas l'idée ; c'est un froid analogue à celui que produit la transsudation de l'eau à travers les parois d'un vase poreux, d'un alcarraza ; c'est un froid qui semble passer dans les veines de l'observateur, quelque chose d'analogue au *doigt de mort*, et de pire si cela est possible.

Lorsque je vis l'enfant, elle avait encore, comme pendant la nuit, le visage très froid, les yeux excavés, le front, le cou, les mains inondés d'une sueur froide.

A partir de ce moment, le diagnostic de fièvre intermittente fut hors de doute pour moi ; j'instituai la médication quinique la plus énergique, sous forme de lavements, de potions et de frictions.

Voici comment j'ai l'habitude de préparer ces lavements. Je fais une solution de sulfate de quinine telle qu'une cuillerée à bouche de solution contienne exactement *quinze centigrammes* de ce sel. Les parents composent eux-mêmes le lavement avec une cuillerée à bouche de la solution, une cuillerée à bouche d'eau tiède, une goutte ou une demi-goutte,

suivant l'âge, de laudanum de Sydenham, un peu d'amidon cuit, et son administration est précédée par celle d'un lavement ordinaire pour préparer les voies de l'absorption.

Je prescrivis à ma petite malade, âgée de 18 mois, deux lavements : un le matin, un le soir, contenant chacun quinze centigrammes de sulfate de quinine, en tout *trente centigr.*

Le sel de quinine fut aussi pris en sirop de la façon suivante : sirop tartrique et sirop de groseilles, parties égales de chacun ; sulfate de quinine, 5 centigrammes par cuillerée à café des sirops mélangés et aiguisés avec un peu d'eau de Rabel. Je donnai une, puis deux cuillerées à café le matin ; même dose le soir, immédiatement avant la prise d'un aliment, si bien que l'enfant de 18 mois prit environ *dix*, puis *vingt centigrammes* de sel quinique par la voie buccale.

Enfin le sulfate de quinine fut administré au moyen de frictions sous les aisselles, avec une pommade contenant 4/30 de ce sel. En considérant comme une quantité peu importante le principe actif absorbé par cette voie, je suis arrivé, par l'emploi simultané des deux moyens précédents, à faire administrer *cinquante centigrammes* de sulfate de quinine chaque jour, et cela sans inconvénient, à un enfant de 18 mois. Cette dose est indispensable pour obtenir un bon résultat dans un cas grave comme celui que je viens de vous retracer.

Voici dans ce cas particulier comment les choses se sont passées :

Les lavements ne furent pas toujours gardés et le sirop fut vomi souvent une fois par jour. Néanmoins, le médicament eut encore assez d'action pour modifier immédiatement le tableau symptomatologique. Les accès revinrent tous les jours, presque aux mêmes heures, toujours caractérisés par une transpiration profuse et du refroidissement, mais ils s'atténuèrent comme intensité et comme durée.

Aujourd'hui, 10 mai, les accès ont complètement disparu depuis la nuit du 8 au 9, et rien ne peut exprimer le changement qui s'est accompli dans la physionomie et la santé générale de l'enfant. De triste, d'abattue, de grognon qu'elle

était, elle est devenue gaie et enjouée. Son teint est rose, et l'expression de son visage plus souriante. Son appétit est satisfaisant, ses digestions sont faciles, la température de sa peau est normale. L'efficacité de la médication quinique s'est montrée ici hors de doute, et lors même que l'intoxication paludéenne ne pourrait être prouvée chez cette enfant, je me plais à penser que cette communication ne vous sera pas inutile, en vous montrant que l'étiologie malarique peut être supposée, avec le plus grand profit pour le malade, même en l'absence de toutes preuves, devant des phénomènes morbides à caractère périodique plus ou moins accusé, quelle que soit l'étrangeté de ces phénomènes dont votre tact de clinicien, en se perfectionnant chaque jour davantage, vous aidera d'ailleurs à démêler l'identité, après de patientes et minutieuses investigations.

DE LA THROMBOSE CARDIAQUE DANS L'ENFANCE.

Par le Dr Sanné.

Il est assez fréquent, dans les autopsies qui se pratiquent sur les enfants morts des maladies les plus diverses, de rencontrer dans le cœur des caillots sanguins formés pendant l'agonie ou après la mort. Ce fait est si connu, si banal qu'il n'y aurait pas lieu de le relever, si quelques auteurs ne l'avaient défiguré en transformant en règle l'exception, c'est-à-dire en attribuant trop facilement à ces concrétions, une origine vitale, et en leur octroyant le pouvoir de susciter fréquemment des accidents mortels, et, en particulier, la mort subite. Richardson (1), Barry (2), Beau (3), Bridger John (4),

---

(1) In *Med. Times and Gazette*, 1856 et *British med. Journal*, 1860.
(2) In *British Med. Journal*, 1858.
(3) In *Gazette des hôpitaux*, 1858.
(4) *On diphtheria*, In *Med. Times and Gazette*, 1864.

Meigs (1), Gerlier (2), Beverley Robinson (3), Bouchut et Labadie-Lagrave (4), ont vigoureusement soutenu cette thèse que combattirent ensuite Callandreau-Dufresse (5), Beau-Verdeney (6), Parrot (7). J'ai eu, moi-même, à traiter cette question d'une façon incidente, en faisant l'histoire de la diphthérie (8). Un fait nouveau dont je transcrirai plus loin l'observation m'a engagé à la reprendre. C'est le résultat de ces recherches que je vais consigner ici.

Avant toute chose, l'inconnue qu'il importe de dégager est celle-ci : les caillots trouvés dans les cavités du cœur se produisent-ils avant ou après la mort ?

Or, suivant moi, les concrétions cardiaques que l'on remarque chez les enfants peuvent se répartir en trois groupes.

Dans le premier, les concrétions exclusivement cruoriques sont molles, presque diffluentes ; elles ont la couleur de la gelée de groseille et se cantonnent dans le cœur droit. Tout le monde est d'accord à leur sujet ; la coagulation s'est faite après la mort.

Dans le second, les caillots sont mixtes : fibrineux à leur partie antéro-supérieure, cruoriques à leur partie postéro-inférieure. On les rencontre principalement dans les cavités droites d'où ils envoient dans les vaisseaux des prolongements plus ou moins longs, plus ou moins ramifiés ; de là leur aspect spécial et leur nom de *concrétions polypiformes*. Ce sont là

---

(1) *On Heart clot as a cause of Death in Diphtheria*. In *American Journal of med. Sc.*, 1864.

(2) *Thèse de Paris*, 1866.

(3) Ibid., 1872.

(4) Labadie-Lagrave. In *Bull. de la Soc. anat.*, 1872. — Bouchut et Labadie-Lagrave. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, juillet 1872. — Labadie-Lagrave. *Thèse de Paris*, 1873.

(5) *Thèse de Paris*, 1873.

(6) *Ibid.*, 1874.

(7) *Sur les hémato-nodules cardiaques*. In *Archives de physiologie*, 1874, p. 538.

(8) *Traité de la diphthérie*, Paris, 1877.

encore des produits formés aux approches de la mort ou peu après. MM. Cornil et Ranvier adoptent cette opinion et donnent les explications que voici :

Sous l'influence de l'asphyxie qui accompagne habituellement l'agonie, le ventricule droit se distend ; les oreillettes font de même comme le veut leur faible contractilité. Lorsque le cœur a cessé de battre, le sang qu'il renferme se coagule lentement ; les globules rouges, en leur qualité d'élément le plus pesant, gagnent les parties déclives ; pendant ce temps, les parties supérieures abandonnées par les hématies se prennent en une masse fibrineuse incolore. Ainsi se justifient la décoloration des caillots à leur face antéro-supérieure et la constitution cruorique de leur zone postéro-inférieure.

Les caillots du troisième groupe, exclusivement fibrineux, varient dans leurs dimensions ; ils sont globuleux, s'intriquent par leur base dans les cordages tendineux, et envoient par leur sommet, dans les vaisseaux ou dans l'oreillette, des prolongements sur lesquels les valvules laissent leur empreinte sous la forme d'une sorte de collet. Ils sont résistants, parfois assez durs ; le plus communément ils sont infiltrés d'un liquide séreux qui se laisse aisément exprimer, après quoi le coagulum se rétracte. Leur structure est fibrillaire, sans granulations. La masse fibrineuse qui les compose est homogène ; toutes ses parties sont de même âge ; on n'y observe aucune altération.

Telles sont les trois variétés de caillots qui s'offrent à l'observation chez l'enfant ; ce sont elles, la dernière surtout, que l'on a présentées comme d'origine vitale. Cette allégation est-elle fondée ? Pour en juger, il n'y a qu'à rappeler les caractères auxquels se distinguent les caillots engendrés pendant la vie.

Legroux (1) s'est refusé à reconnaître comme tels les coagula fibrineux que l'on voit remplir dans leur totalité les cavités du cœur ; ce sont, à son avis, des produits de l'agonie.

---

(1) *Des polypes du cœur*. In *Gazette hebdomadaire*, 1856.

Il se refuse à croire que ces concrétions volumineuses puissent se former dans le cœur, sans que la circulation se soit arrêtée depuis un certain temps.

Les prolongements dans les artères, non plus que leur étranglement par les valvules, ne sont de meilleures preuves d'ancienneté. En effet, le cœur se trouvant en diastole au moment de la mort, le sang qu'il contient se déverse dans les gros vaisseaux sans rencontrer aucune résistance de la part des valvules; puis, au moment de la coagulation, il se moule sur toutes les saillies des cavités qui le renferment, et reçoit ainsi l'empreinte des anneaux valvulaires.

Si ces caractères anatomiques n'attestent pas, à mes yeux, la vitalité des caillots, nous en dirons autant de la symptomatologie qui leur a été dévolue. On les a rendus responsables des accidents ultimes à forme syncopale ou asphyxique qui surgissent dans certaines maladies infectieuses : angoisse précordiale avec sentiment de pesanteur; dyspnée; fréquence de la respiration; irrégularité du pouls avec petitesse allant jusqu'à l'état filiforme, et avec ralentissement plutôt qu'accélération ; affaiblissement des bruits et de l'impulsion du cœur; refroidissement des extrémités puis de la totalité du corps; altération des traits; pâleur générale; agitation; palpitations, etc. Ces accidents auraient pour terme fatal la mort qui surviendrait brusquement par syncope, ou dans un délai de deux, trois, voire même sept jours pendant lesquels le malade s'éteindrait graduellement, en conservant jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence.

Malheureusement, on ne s'est pas rendu compte, en traçant ce tableau, que les malades qui en ont fourni le modèle présentent concurremment avec ces amas fibrineux intracardiaques des lésions pulmonaires ou autres très capables d'expliquer les symptômes en question. On ne s'est pas demandé non plus si la coagulation n'était le fait plutôt que la raison des troubles graves de la circulation. Or les travaux modernes tendent à faire prévaloir la première hypothèse; on connaît mieux le rôle de la myocardite; de plus, j'ai de-

montré que dans la maladie à laquelle on avait le plus largement départi l'aptitude à la formation de la thrombose cardiaque, c'est-à-dire, dans la diphthérie, les troubles alarmants de la circulation qui s'y observent réellement procèdent non pas des concrétions qui peuvent obstruer le cœur après la mort, mais d'une parésie cardiaque qui s'explique elle-même par l'extension de la paralysie diphthérique au myocarde.

Au contraire, les caillots actifs résultent du dépôt lent et graduel de la partie fibrineuse du sang au contact des aspérités et des végétations de la séreuse enflammée. On les reconnaît aux caractères suivants : leur tissu est condensé, gris cendré ; il adhère aux parois du cœur et aux valvules, non par intrication dans les cordages tendineux, mais par soudure à la séreuse que l'endocardite a rendue inégale, rugueuse, végétante ; parfois, il est disposé en lamelles stratifiées et concentriques. Quand ils sont anciens, il peut arriver que leur écorce conservant une certaine résistance, leur partie centrale soit ramollie et formée de leucocytes, de fibrine à l'état granuleux, circonstance qui a pu faire croire à un processus suppuratif. Dans d'autres cas, ils s'indurent, se ratatinent ; ils peuvent même s'infiltrer de concrétions calcaires. En tout cas, ils sont de petit volume et n'arrivent jamais aux dimensions des énormes coagula fibrineux qui ont mérité par leur forme et leurs prolongements le nom de polypes.

Des concrétions de ce genre doivent produire des symptômes tout différents de ceux que les auteurs ont indiqués. Le fait suivant, recueilli par moi, est instructif au double point de vue des lésions anatomiques et du tableau clinique.

Observation. — B..., garçon âgé de 13 ans, est amené à l'hôpital Sainte-Eugénie, sans autre renseignement que l'existence de palpitations et d'anémie depuis cinq mois. L'examen du malade fait constater, en effet, une anémie que rend évidente la décoloration de la peau et des muqueuses; mais, de plus, l'examen du cœur donne des résultats très intéressants.

La région précordiale présente une voussure très légère; la matité est normale; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace inter-

costal à 1 centimètre en dedans du mamelon; l'impulsion est à peine sensible; pas de frémissement cataire. Les battements du cœur sont sourds, peu étendus.

Il existe deux bruits de souffle. L'un s'entend au premier temps dans toute la région précordiale, avec maximum à la base; son timbre est sourd. L'autre a le timbre clair; il occupe le second temps et ne se perçoit qu'à la base. Les bruits du cœur sont réguliers; le pouls est petit, un peu inégal.

Les symptômes fonctionnels manquent; le malade ne se plaint que de quelques palpitations et d'affaiblissement.

Diagnostic. — Endocardite chronique avec rétrécissement de l'orifice aortique et insuffisance de ses valvules.

Trois semaines se passent pendant lesquelles l'enfant se plaint à diverses reprises de douleurs dans le côté gauche de la poitrine et dans la région lombaire, de vomissements quelque peu répétés et de vertiges s'accusant principalement dans le décubitus Entre temps, l'anémie devient plus profonde; la décoloration de la peau et des muqueuses s'accentue. Il n'existe de cyanose en aucun endroit, et, cependant, les veines superficielles de la moitié supérieure du tronc et des membres supérieurs sont très développées. L'examen du cœur n'offre rien de nouveau, si ce n'est que le souffle diastolique de la base est un peu moins prononcé. Au contraire, le pouls a pris d'une façon bien nette les caractères du pouls de Corrigan.

Les jours suivants, les vertiges continuent; il survient des épistaxis; la fièvre s'allume par intervalles; la diarrhée s'établit; l'enfant s'affaiblit.

Cet état se prolonge pendant plus de deux mois. Les symptômes stéthoscopiques restent les mêmes, à cela près que le souffle du second temps diminue de plus en plus et finit par s'éteindre complètement. Alors, le second bruit du cœur règne net et clair dans toute l'étendue de la région précordiale.

Les choses en étaient là, lorsque l'enfant, à la suite de quelques nausées, et sans autres manifestations, mourut subitement.

Autopsie. — Le cœur n'offre, dans son aspect extérieur, d'autre modification qu'un peu d'hypertrophie du ventricule gauche. L'organe étant extrait de la cavité thoracique, on verse dans l'aorte une certaine quantité d'eau qui est retenue intégralement, ce qui semble indiquer que la valvule est suffisante. Mais une coupe verticale menée de la pointe du ventricule gauche à l'orifice aortique met à découvert

une masse du volume d'une très grosse noisette, presque d'une petite noix, obturant à peu près hermétiquement l'orifice aortique et se prolongeant à petite distance dans l'aorte. Cette masse, de nature fibrineuse, a la coloration gris rosé des caillots anciens, mais elle est beaucoup plus dure et laisse sentir au doigt la présence de petites concrétions parsemées dans son épaisseur et reconnues ensuite pour être de nature calcaire. Elle adhère fortement à la face inférieure des valves droite et postérieure. Il reste, entre elle et la valve gauche, un étroit espace rempli par un caillot noir récent qui lui est accolé.

La valvule aortique sert de siège à des lésions d'une importance non moindre qui acquièrent leur plus haut degré sur les valves droite et gauche. La première porte à sa base une assez large perforation que la tumeur bouche en grande partie ; ce qui en reste est épaissi, rugueux et adhérent à la tumeur. La seconde, refoulée par cette concrétion, est épaissie, ratatinée.

Aucune altération calcaire ou autre du restant des valvules, de l'endocarde pariétal, de l'aorte. Le ventricule gauche est, je le répète, modérément hypertrophié.

Cette observation soulève des questions assez complexes qu'il est difficile de résoudre, étant donnée l'obscurité qui règne sur le début de la maladie et sur sa marche, antérieurement à l'époque où elle a été soumise à une observation régulière. Il serait intéressant de connaître dans quelles circonstances des lésions de cette gravité se sont produites exclusivement sur la valvule aortique, quoiqu'il soit difficile d'admettre qu'il n'y ait pas eu, dans le principe, une endocardite plus étendue, aiguë, voire même ulcéreuse, puis passée à l'état chronique, ou chronique d'emblée, qui se serait peu à peu circonscrite aux points qu'elle devait occuper définitivement. Il conviendrait aussi de faire ressortir le côté exceptionnel de la transformation calcaire de cette masse fibrineuse, en l'absence, comme il est d'usage dans l'enfance, de toute autre lésion athéromateuse. Mais je ne veux retenir de tout cela que le point qui se rapporte strictement au sujet de ce travail, c'est-à-dire à la présence de ce produit pathologique dans les cavités cardiaques et aux symptômes déterminés par lui.

Les caractères qui le distinguent sont bien ceux qui viennent d'être assignés aux concrétions qui se forment pendant la vie : petit volume ; adhérence intime aux valvules atteintes d'une inflammation chronique; dégénérescence calcaire qui est toujours une preuve d'ancienneté ; refoulement, ratatinement des valvules qui attestent aussi un travail long et continu. Ce sont bien là les conditions que doit réunir un caillot dont la formation remonte à une époque éloignée. On y retrouve le processus de rigueur : endocardite végétante et dépôt fibrineux au niveau des rugosités.

Les symptômes observés pendant la vie ont aussi leur cachet bien spécial et semblent dépendre étroitement du changement introduit dans la configuration des cavités cardiaques. En effet, la tumeur rétrécissait assez rigoureusement l'orifice aortique pour expliquer le bruit de souffle au premier temps et à la base dans sa production, son intensité et son étendue. La perforation de la valve droite au niveau de sa base rend compte de l'insuffisance qui s'est produite à un certain moment, et du souffle au second temps de la base qui la révélait. Mais la tumeur, en augmentant graduellement de volume, en même temps qu'elle rétrécissait l'orifice aortique, rendait la perforation moins accessible au sang et finissait même par n'en laisser passer qu'une quantité assez insignifiante pour que l'insuffisance cessât d'être sensible et de produire le souffle au second temps. Que si l'on préférait admettre que l'insuffisance eût siégé d'abord au niveau de la valvule elle-même, la perforation n'étant pas assez large pour jouer ce rôle, et que la tumeur en se développant eût fait céder peu à peu l'insuffisance devant le rétrécissement, je n'y contredirais pas. Je laisse à dessein ce côté de la question au second plan, m'attachant seulement à faire ressortir la concordance qui a toujours régné entre les symptômes et les lésions, quel qu'ait été d'ailleurs le mode de développement de celles-ci.

En résumé, cet exemple bien net de thrombose cardiaque a donné lieu aux symptômes qu'il était rationnel de lui demander, c'est-à-dire ceux du rétrécissement et de l'insuffisance

aortiques. C'est ce qui, en permettant d'établir dans ce qu'elle a de principal la symptomatologie de ce genre de lésions, peut contribuer à faire sortir la question de l'obscurité où elle s'est tenue jusqu'à présent.

DE L'EMPLOI DE L'ANTIPYRINE CONTRE LES ACCIDENTS FÉBRILES DE LA DENTITION

Par le Dr Clemente-Ferreira, de Resende (Brésil).

Les applications de l'antipyrine à la thérapeutique infantile deviennent de jour en jour plus nombreuses, et de tous les côtés il surgit des faits qui mettent en lumière la précieuse valeur de cette substance, qui, n'en déplaise à un certain groupe de cliniciens pessimistes, constitue l'une des plus belles acquisitions de la thérapeutique moderne.

Déja, à plusieurs reprises, je me suis attaché à faire ressortir l'action, pour ainsi dire spécifique, ou mieux, spéciale, de l'antipyrine, dans les maladies broncho-pulmonaires fébriles, et, tous les jours, j'ai à me louer de son emploi dans les broncho-pneumonies, où elle nous fournit des résultats incomparables et merveilleux, en nous procurant des succès éclatants et positifs dans de pareilles affections, qui ont toujours constitué le tableau le plus sombre et le plus redoutable de la pathologie infantile.

Mais le champ des indications de l'antipyrine s'élargit chaque jour, et sans m'appesantir sur un grand nombre d'affections de l'enfance, où elle a été successivement employée avec plus ou moins d'avantage, je veux parler aujourd'hui des services réels qu'elle nous rend dans les accidents fébriles qui accompagnent communément l'évolution dentaire.

Il est de connaissance banale que les enfants qui font leur dents sont bien souvent atteints d'un mouvement pyrétique fréquemment à type intermittent et parfois rémittent. Si, assez

souvent, ce mouvement fébrile s'amende et disparaît aisément sans que la santé de l'enfant souffre d'une façon marquée, il arrive quelquefois que ces accidents pyrétiques revêtent des allures quelque peu sérieuses, le thermomètre montant à des degrés élevés et le mouvement fébrile s'accompagnant d'abattement des forces, de prostration et d'inappétence, et en outre de rougeur de la face, d'agitation nerveuse et d'autres signes indicatifs d'un certain travail fluxionnaire du côté du cerveau. Dans ces conditions, le clinicien est forcé d'intervenir et jusqu'ici on avait recours aux sels de quinine et aux potions à la teinture d'aconit, au nitre, etc., qui offraient en général peu d'avantages et parfois même n'avaient pas de prise sur les phénomènes ci-dessus signalés. Eh bien, je puis affirmer que nous possédons aujourd'hui un agent thérapeutique capable de nous rendre les services les plus éclatants contre les accidents fébriles de la dentition. L'antipyrine, dont je connaissais déjà l'action sensiblement sédative sur le système nerveux, et qui m'avait rendu de bons services dans des cas de névralgies rebelles et de céphalalgie opiniâtre et prolongée, qui ont été consignés dans mon travail sur l'action thérapeutique de cette substance, l'antipyrine, dis-je, a été essayée par moi à plusieurs reprises contre les phénomènes fébriles de la dentition et avec tant de profit que je me crois autorisé à la recommander au corps médical, en engageant les cliniciens à y avoir recours dans de pareils cas.

Je compte dans ma pratique de nombreux enfants chez lesquels j'ai pu triompher des accidents fébriles liés à l'évolution des dents à l'aide de l'emploi de l'antipyrine; bien des fois, après l'administration du puissant antipyrétique, l'appareil pyrétique s'amendait et se dissipait complètement, en même temps que s'effaçaient les autres symptômes concomitants, l'enfant devenant gai et calme. De ces cas, l'un se rapporte à une enfant, fille d'un de mes amis, chez laquelle les accidents fébriles de la dentition se sont montrés marqués et sérieux, en faisant croire à une maladie grave et redoutable. J'ai eu recours à l'antipyrine à la dose de 80 centigrammes par jour,

en la répétant jusqu'à disparition du mouvement pyrétique et des autres signes concomitants; je l'ai ordonnée par la voie gastrique ou dans des lavements à cause de la susceptibilité gastrique si marquée dans de pareilles conditions.

Les parents de cette enfant sont restés si émerveillés des résultats obtenus qu'ils ont eu recours à cet agent lorsque les phénomènes fébriles se reproduisaient dans les différentes phases de l'évolution dentaire. Chez l'une de mes enfants, chez qui l'éruption des dents s'est accompagnée de phénomènes fébriles qui se sont répétés à plusieurs reprises, toujours j'ai employé l'antipyrine à des doses parfois assez hautes, et je n'ai eu qu'à me louer des bons services et des réels avantages que j'en ai obtenus, sans observer du reste aucun inconvénient.

Il s'agissait là d'une fièvre réflexe. L'antipyrine réussit-elle, dans ces cas, en agissant sur les centres nerveux thermogènes et en déprimant leur excitabilité, de façon qu'ils ne peuvent plus réagir à l'irritation de la muqueuse gingivo-buccale déterminée par l'éruption des dents, irritation qui constitue le point de départ de ce phénomène réflexe?

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que l'antipyrine rend des services signalés dans les accidents fébriles de la dentition; et, en ayant retiré des avantages marqués et positifs dans ces conditions, je me fais un devoir d'appeler l'attention des praticiens sur cette nouvelle application d'un agent précieux, dont la renommée thérapeutique s'agrandit tous les jours.

CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE

OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Nous croyons être agréable aux lecteurs de la *Revue mensuelle* en leur soumettant, avec l'assentiment des auteurs, un chapitre important d'un ouvrage qui paraîtra incessamment : *Traité pratique des maladies des yeux chez*

les enfants, par les docteurs **L.-A. de Saint-Germain**, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, et **E. Valude**, chef de la clinique ophthalmologique de la Faculté. Ce chapitre, ainsi qu'on le verra, est constitué par un ensemble de plusieurs affections, qui relèvent toutes d'une même cause, la scrofule, et qui présentent entre elles la plus étroite connexité. A vrai dire, cette page de la pathologie oculaire infantile pourrait très justement avoir pour titre : l'ŒIL SCROFULEUX.

L'EDITEUR.

La conjonctivite phlycténulaire est la conjonctivite des scrofuleux et des sujets lymphatiques.

Jusqu'ici, et pour conserver la séparation en deux chapitres, des kératites et des conjonctivites, nous avons pris l'étude de la conjonctivite comme but principal de notre description. Pour le cas présent, la même distinction devient impossible à faire, sous peine de créer une division entièrement artificielle. Les lésions de la kératite phlycténulaire et celles de la conjonctivite phlycténulaire sont, en effet, très communément associées, et l'ensemble de ces deux maladies constitue un type morbide qu'il est avantageux de présenter unifié. Ce sera donc la *kérato-conjonctivite phlycténulaire* que nous étudierons dans ce chapitre.

Toutefois, s'il est rationnel d'unir en un seul groupe les diverses lésions similaires qui ne diffèrent que par leur siège, il devient nécessaire, pour éclairer la description, de partager cette maladie scrofuleuse en plusieurs espèces secondaires qui restent néanmoins groupées sous un même chef.

Nous distinguerons dans cette affection unique : la *kérato-conjonctivite phlycténulaire*, trois formes caractérisées par le siège des phlyctènes :

1° La conjonctivite phlycténulaire simple, dans laquelle la conjonctive est seule intéressée.

2° La conjonctivite phlycténulaire miliaire, dans laquelle les pustules se localisent autour du limbe cornéen.

3° La kérato-conjonctivite phlycténulaire proprement dite.

Nous traiterons à part de l'ophthalmie scrofuleuse, qui est à la conjonctivite phlycténulaire ce que l'ophthalmie catarrhale est à la conjonctivite catarrhale.

Etiologie. — Les causes qui amènent le développement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire sont les mêmes que celles qui entraînent l'inflammation catarrhale simple de la conjonctive, mais le terrain est autre et le résultat différent. L'influence de l'air froid, des vapeurs irritantes, la pénétration dans l'œil de poussières ou de germes qui produisent chez un sujet scrofuleux ou lymphatique le développement d'une conjonctivite phlycténulaire.

Il existe, on le voit, deux termes bien distincts dans la pathogénie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire : d'un côté, la cause occasionnelle irritative; de l'autre, la cause prédisposante, qui est constituée par l'état scrofuleux ou lymphatique du sujet.

Cette aptitude à contracter la maladie sera considérablement renforcée par l'existence des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent ordinairement les scrofuleux : alimentation défectueuse, air vicié, défaut d'exercice, misère physiologique. Enfin cette maladie frappe particulièrement les enfants à un âge auquel ils offrent peu de résistance, entre le sevrage et la huitième année.

Symptômes. — La kérato-conjonctivite phlycténulaire présente comme signes objectifs caractéristiques : une injection vasculaire plus ou moins accusée, la formation de phlycténules sur la conjonctive et sur la cornée, mais surtout elle s'accompagne d'une photophobie intense, qui est toujours marquée à tel point qu'elle constitue le caractère le plus frappant de la maladie.

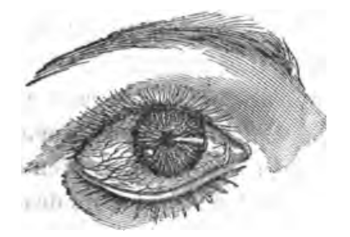
Nous verrons que ce symptôme est d'autant plus prononcé que les lésions s'avancent davantage du côté de la cornée.

Dès le début de l'affection, l'enfant tient la tête basse, les

paupières closes et serrées ; il fuit la lumière, se cache le visage dans son coude replié, refusant même les jouets à l'aide desquels on sollicite son attention. Cette photophobie, ce spasme si accusé de l'orbiculaire s'atténuent un peu le soir, mais sans disparaître complètement ; on les verra durer autant que les phénomènes inflammatoires et se prolonger même après eux (1).

En même temps que la photophobie, on observe un écoulement abondant de larmes qui jaillissent hors des paupières contractées.

Lorsque, par la persuasion, où plutôt par l'effort combiné de plusieurs aides, on aura pu parvenir à s'assurer de la tranquillité de l'enfant, les paupières seront écartées et on sera généralement surpris de voir que les symptômes d'inflammation ne sont pas en rapport avec l'intensité de la photophobie. Le gonflement palpébral est faible et l'injection de la conjonctive très légère, surtout au début. Ce désaccord entre les symptômes objectifs et subjectifs est si frappant que certains auteurs ont décrit la *photophobie scrofuleuse idiopathique* comme une affection à part.



Phlyctène de la cornée.

L'injection de la conjonctive, qui existe cependant, se présente avec une configuration spéciale ; elle respecte d'ordinaire la muqueuse palpébrale et figure sur le bulbe des fais-

(1) Mackensie rapporte qu'un enfant qui souffrait d'une ophthalmie phlycténulaire non soignée garda la photophobie et le blépharospasme pendant un an. Ainsi, durant toute une année cet enfant resta les yeux ermés, agissant comme un aveugle !

ceaux triangulaires de vaisseaux tortueux, qui semblent venir des culs-de-sac, et convergent vers un point de la périphérie de la cornée. Vers le sommet de ce triangle vasculaire, soit sur la conjonctive et non loin du limbe scléro-cornéen, soit sur la cornée elle-même, s'élève une petite bulle remplie d'un liquide hyalin ou gris jaunâtre, c'est la pustule, *la phlycténule*, caractéristique de la maladie.

S'il existe plusieurs de ces phlycténules de la cornée ou de la conjonctive, on verra partir autant de ces triangles vasculaires déjà décrits. On peut donc rencontrer une injection conjonctivale généralisée dans le cas d'éruption pustuleuse confluente.

Disons encore que ces faisceaux d'injection vasculaire sont le siège d'une infiltration séreuse, qui donne à la conjonctive en ce point un aspect légèrement boursouflé.

Telle est la maladie à la période d'état : du mode d'évolution variable de la phlycténule dépend la marche ultérieure des accidents.

Sur *la conjonctive*, la pustule peut s'affaisser et se résorber simplement, ou encore s'ulcérer et se guérir par cicatrisation ; mais dans les deux cas le processus offre peu de malignité.

Sur *la cornée*, il en est tout autrement. Si la phlycténule se résorbe sans s'ulcérer, il se produira par la suite un *albugo*, c'est-à-dire un simple nuage de la cornée qui n'aura en rien atteint la vitalité des éléments de cette membrane, et qui disparaîtra complètement : la cornée redeviendra claire.

Si la phlycténule s'ulcère ; en dehors des accidents de perforation, de staphylôme, de synéchies que peut entraîner le développement de l'ulcération, il ne pourra y avoir de guérison qu'au prix de la formation d'une cicatrice cornéenne. Il se produit alors un *leucoma*, c'est-à-dire une taie souvent indélébile, constituée par un tissu cicatriciel qui se substitue au tissu transparent de la cornée. Dans ce cas, la cornée restera opaque ou blanchâtre sur une étendue variable.

Tels sont les accidents principaux qui pourront se présenter dans l'évolution de la kérato-conjonctivite phlycténulaire ; la

présence, l'absence ou l'atténuation des uns ou des autres de ces phénomènes, permet, comme nous l'avons dit, de décrire à cette maladie plusieurs types, qui seront justiciables de pronostic et de traitement divers :

1re FORME. — *Conjonctivite phlycténulaire simple.*

Dans cette forme, la plus simple de toutes, on n'observe que quelques rares phlycténules (parfois une seule) sur la conjonctive ; la cornée n'est nullement intéressée par la maladie. Les phlycténules siègent le plus souvent dans les parties qui avoisinent le limbe scléro-cornéen, parfois au niveau de ce limbe ; on observe l'injection vasculaire avec le type que nous avons indiqué plus haut, on observe aussi du blépharospasme, mais la photophobie et le larmoiement sont bien moins prononcés que lorsque la cornée est atteinte, ainsi que nous le verrons plus tard.

Les phlyctènes peuvent s'affaisser et se résorber purement et simplement ; d'autre fois elles s'ulcèrent, mais la petite perte de substance qui en résulte se cicatrise rapidement en se recouvrant d'épithélium.

La durée de la maladie à cet état de simplicité est généralement d'une quinzaine de jours, si aucune poussée nouvelle de phlycténules ne vient augmenter cette période. Le pronostic est favorable en tant qu'affection présente, mais leur nature diathésique rend les phlyctènes de la conjonctive sujettes à des récidives dont la gravité peut être tout autre.

2e FORME. — *Conjonctivite phlycténulaire miliaire.*

Cette variété de la maladie est caractérisée par ce fait qu'elle se localise de préférence, précisément au bord cornéen. Le limbe est entouré d'une collerette de muqueuse boursouflée et hérissée de saillies pustuleuses. L'injection conjonctivale est vive, elle peut s'étendre au bulbe tout entier. Généralement les phlycténules ainsi formées se résorbent ; toutefois elles peuvent s'excorier et donner lieu à une série de

pertes de substances qui, en se réunissant, constituent un ulcère en demi-lune ou en anneau.

Malgré cet ensemble de phénomènes d'apparence grave, malgré un blépharospasme, une photophobie assez intense, cette forme de la maladie offre communément très peu de gravité. Il est même remarquable d'observer le contraste qui existe entre la marche rapide de la guérison et l'ensemble de ces symptômes plus alarmants que sérieux. La durée est de deux à trois semaines.

3e Forme. — *Kérato-conjonctivite phlycténulaire.*

Tout autre est la gravité de cette troisième forme de l'ophtalmie scrofuleuse qui comprend les diverses variétés d'altérations dont la cornée peut-être le siège. La conjonctive offre dans ce cas les lésions qui viennent d'être décrites isolément; toute la différence est dans l'état de la cornée qui peut subir de plusieurs manières l'influence de la maladie.

a). La présence des pustules conjonctivales au niveau du limbe, sur le bord même de la cornée, peut entraîner des lésions de cette membrane sans qu'il s'y développe de phlyctènes proprement dites. On voit partir de la portion du limbe qui correspond à la pustule, une infiltration grisâtre, puis jaunâtre qui s'étend en bandelette dans la direction du centre de la cornée, en se recourbant parfois en arc (on a donné à cette complication le nom significatif de *Kératite en bandelette*).

Arrivée à ce degré, l'infiltration cornéenne peut rétrocéder, diminuer et tendre à disparaître ; mais le plus souvent la partie superficielle du tissu cornéen se boursouffle et s'excorie pour donner lieu à un ulcère allongé, également en bandelette, et dans lequel s'avancent aussitôt des vaisseaux venus du limbe conjonctival. Il est rare de voir cette ulcération devenir assez profonde pour qu'on puisse craindre la perforation, et généralement la réparation se fait par la production d'un tissu de cicatrice qui comble peu à peu la dépression ulcéreuse.

Il reste nécessairement un leucoma plus ou moins considérable qui peut à la longue devenir moins opaque et moins étendu.

b). Quelquefois, également sans production de phlyctènes cornéennes, on voit partir du limbe une vascularisation fine qui se dirige progressivement et concentriquement vers le milieu de la cornée. Ici la lésion n'apparaît plus sous la forme de bandelettes, mais elle se présente comme une altération concentrique du tissu cornéen, qui devient nuageux et se recouvre d'un lacis vasculaire progressivement accentué.

Cette forme de kératite, dans l'ophthalmie phlycténulaire, a pris le nom de *Pannus scrofuleux*. Ce pannus (pannus, drap rouge, parce que la cornée paraît couverte d'un voile uniformément rouge) est partiel ou total suivant qu'une partie ou que la totalité de la convexité cornéenne a été recouverte par les progrès de la vascularisation.

c). Voici enfin la dernière variété, qui comprend les altérations de la cornée causées par la présence de phlyctènes véritables. C'est la kératite phlycténulaire des auteurs, qui séparent ainsi deux affections qui n'en font en réalité qu'une seule.

La phlyctène peut être centrale, arrondie ou ovale, mais d'allure bénigne, et dans ce cas il se produit soit un affaissement de cette pustule et une résorption pure et simple, soit une exulcération légère qui détruit seulement l'épithélium. Les suites de cet accident sont ordinairement simples ; il reste sur la cornée un nuage opalescent peu visible.

D'autres fois la phlyctène repose sur une infiltration de la cornée, infiltration épaisse, grise, puis jaunâtre et qui envahit successivement les lames postérieures de cette membrane. A ce degré, il s'est formé un véritable *abcès de la cornée* caractérisé par l'infiltration purulente des lames transparentes.

Cette infiltration, tant qu'elle est maintenue dans l'épaisseur de la cornée, constitue ce qu'on appelle l'*onyx*. Quand elle rompt la barrière formée par la membrane de Descemet et qu'elle s'épanche dans la chambre antérieure, elle y forme

une collection jaunâtre rassemblée dans les parties déclives, et qu'il est facile d'observer à travers la cornée restée toujours un peu transparente : c'est l'*hypopyon*.

Les infiltrations purulentes de la cornée, les abcès, peuvent donc se rompre dans la chambre antérieure, et la suppuration qui s'y établit entraîne des désordres variés et graves de l'iris et des membranes profondes : iritis, exsudats de la pupille, synéchies,

Si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, la perte de substance se produit sous la forme d'une ulcération taillée à pic, souvent profonde, qui met en danger de rupture la membrane de Descemet privée de son soutien.

La perforation peut alors se produire, susceptible d'entraîner avec elle les accidents que nous connaissons déjà et dont nous aurons à traiter plus tard à l'occasion des kératites ; les synéchies, les enclavements de l'iris et les cicatrices filtrantes, les staphylomes, seront pour nous l'objet d'une étude spéciale et qui méritera de longs développements.

Les réparations de ces désordres graves, mais assez rares heureusement, ne s'obtiennent qu'au prix de l'établissement d'un tissu cicatriciel sous la forme de leucome. Suivant l'étendue et la profondeur des lésions ulcératives, ces leucomes sont eux-mêmes plus ou moins étendus et épais. Au centre de ces taches cicatricielles, la transparence de la cornée est perdue à tout jamais, mais le tissu redevient progressivement transparent sur les bords et nous verrons que l'opération de l'iridectomie, faite dans un but optique, a souvent pour effet heureux d'aider à la diminution d'étendue de la taie cornéenne.

En dehors de cette opalescence de la cornée, il peut rester encore, comme lésion indélébile, un astigmatisme irrégulier plus ou moins prononcé, et qui résulte de la déformation de l'ellipse cornéenne que la cicatrisation disposée en facettes altère au point de vue de la marche des rayons lumineux.

Quelle que soit la variété d'ulcération à laquelle on ait affaire, les symptômes subjectifs, le blépharospasme, la photo-

phobie, le larmoiement sont toujours très intenses et bien plus prononcés ici que dans la conjonctivite phlycténulaire simple.

De toutes ces formes, la kératite en bandelettes, complication ordinaire des phlyctènes marginales de la cornée, est la plus fréquente ; les abcès de la cornée, qui sont assez rares et que nous avons décrits en dernier lieu, ne sont point des lésions particulières à l'ophtalmie phlycténulaire ; ils ne prennent naissance ici que quand il s'agit d'un enfant très débilité et mal soigné.

Quoi qu'il en soit, ces diverses lésions de la conjonctive et de la cornée sont généralement associées à d'autres manifestations propres à la diathèse scrofuleuse et lymphatique.

Nous ne pouvons insister ici sur les ganglions cervicaux, les croûtes impétigineuses de la face et du cuir chevelu, le gonflement spécial des lèvres qui serviront à compléter le cadre pathologique de la maladie qui nous occupe.

Pronostic. — Le pronostic découle absolument de notre description : favorable dans le cas de phylcténule simple de la conjonctive, il devient extrêmement sérieux, on le comprend, quand il s'est développé une infiltration purulente des lames de la cornée.

Traitement local. — Le traitement des cas les plus simples, caractérisés par la présence de phlyctènes sur la conjonctive ou sur le limbe, est très facile et donne généralement des résultats rapidement satisfaisants. Il consistera essentiellement en insufflation de *calomel à la vapeur pulvérisé*, à la surface de la conjonctive. On trempe un pinceau sec dans du calomel en poudre et, après en avoir secoué les particules les plus grosses, on projette la fine poussière sur toute la surface de la conjonctive. La muqueuse se trouve ainsi poudrée, mais il n'en résulte aucune gêne pour l'enfant ; on retrouve généralement le calomel au bout de quelque temps, réuni dans le sillon palpébral inférieur. Ici se place une remarque importante.

On a observé que le *calomel insufflé dans l'œil se transformait, sous l'influence de l'iodure de potassium pris à l'intérieur, en un composé caustique.* Des yeux ont été altérés et mis en

danger par le fait de cette réaction chimique spéciale. Il est indispensable de ne pas faire prendre à l'enfant d'iodure de potassium tant qu'on le soumettra aux insufflations de calomel en poudre. On substituera donc à l'iodure un médicament tonique moins fortement chargé en iode pendant la durée du traitement local.

Conjointement à ces insufflations de calomel qui agit comme irritatif, il sera utile de modérer la réaction inflammatoire de la conjonctive par des lotions répétées d'eau blanche faible : on y ajoutera l'application, pendant quelques heures, de compresses froides imbibées de la même eau blanche, s'il existe du gonflement inflammatoire des paupières.

Le début du pannus scrofuleux, qu'on pourrait appeler aussi *kératite vasculaire*, peut être traité par le calomel en poudre, mais il sera préférable d'employer la pommade à l'oxyde jaune de mercure (*voir Formulaire*) (1) dont on mettra chaque jour gros comme un pois entre les paupières. Prise au début, la kératite vasculaire est généralement d'un pronostic favorable.

Le traitement des cas graves, des complications cornéennes, est plus varié et plus délicat à conduire.

Lorsqu'on a l'occasion d'observer la maladie tout au commencement, alors que la pustule qui siège sur le bord de la cornée n'est pas encore ulcérée, il sera utile de pratiquer une cautérisation directe de cette pustule avec un crayon de nitrate d'argent mitigé (une partie de nitrate d'argent et une partie de nitrate de potasse) taillé en pointe fine. On évite ainsi l'ulcération profonde et la kératite en bandelette, qui tendent à se former lorsqu'on laisse l'affection suivre son cours.

Si, malgré tout, l'ulcération s'est produite, si la perforation menace, il faut aussitôt pratiquer des instillations d'ésérine et tenir l'œil sous le bandeau compressif.

(1) Il s'agit ici du formulaire détaillé placé à la fin de l'ouvrage. (*Note de l'Edit.*)

Si, de plus, les douleurs oculaires sont vives, on y ajoutera les compresses chaudes qui ont un effet salutaire sur la vascularisation conjonctivale; on voit parfois les souffrances persister malgré cette thérapeutique et dans ces cas rien ne soulage mieux l'enfant, rien ne fait disparaître plus sûrement les douleurs qu'une ponction de la chambre antérieure, qui évacue une certaine quantité d'humeur aqueuse et diminue la tension intra-oculaire. Cette ponction est également indiquée lorsque l'ulcère cornéen est prêt à se perforer; on traverse alors avec une simple aiguille le fond aminci de l'ulcère. Ces paracentèses de la chambre antérieure doivent toujours être précédées et suivies d'instillations d'ésérine. On n'oubliera pas non plus la compression, qui est indispensable pour empêcher les hernies iriennes de se produire.

La kératite en bandelette s'est-elle constituée? deux cas peuvent se présenter :

La kératite est peu profonde, de teinte grisâtre, offrant une tendance peu marquée à l'extension; dans ces cas, de simples applications de la pommade jaune mercurielle suffisent à déterminer la guérison. Ou bien le fond de l'infiltration se détache en une couleur jaunâtre de mauvais aspect, et cette infiltration purulente tend à envahir la cornée profondément. Il est indiqué alors d'agir énergiquement par une cautérisation avec la pointe fine d'un thermocautère ou avec le crayon de nitrate d'argent dont on neutralisera l'action par un lavage immédiat à l'eau salée.

Le fond ulcéré de la kératite en bandelette se remplit de vaisseaux venant du bord conjonctival, qui sont parfois tenaces et résistent au traitement par la pommade jaune ou les cautérisations. On pourra les sectionner à plusieurs reprises au niveau de leur entrée sur la cornée.

Dans les cas graves d'ulcérations circulaires, menaçant de devenir profondes, la compression doit être employée et maintenue avec énergie. C'est le seul moyen capable d'empêcher la perforation et l'évacuation du contenu oculaire, ou tout au moins le staphylome.

Concurremment à ces divers moyens, le nettoyage antiseptique de l'œil sera soigneusement pratiqué à chaque levée du pansement.

Tel est le traitement des complications cornéennes consécutives aux phlyctènes du limbe conjonctival; il peut être un peu différent si la pustule siège sur la cornée seule, sans participation de la conjonctive ni des vaisseaux.

Pour une simple petite phlycténule cornéenne peu grave, on se bornera aux insufflations de calomel et à l'instillation d'atropine (atropine 0,10 centig., eau 15 gr., 2 fois par jour). Si la phlycténule est sérieuse, si elle se complique d'infiltration purulente de la cornée, on emploiera les compresses chaudes mouillées dans une infusion de camomille. Si enfin l'hypopyon se constitue, si l'iris s'enflamme, on devra reprendre l'usage de l'atropine (1).

A côté de ces altérations de la conjonctive et de la cornée, il existe souvent des lésions irritatives des paupières et surtout de leur bord libre. Ces eczémas impétigineux seront nettoyés avec soin à l'aide d'un flocon d'ouate imbibée de liquide antiseptique; la base des cils surtout sera débarrassée de ses croûtes, décapée avec précaution. Puis les parties excoriées ou irritées seront enduites d'une couche de pommade à l'oxyde de zinc (2 gr. pour 30).

Le blépharospasme, qui est un des phénomènes les plus constants et les plus tenaces de la maladie, peut être combattu de la manière suivante : par l'influence d'un courant d'eau fraîche lancé en jet faible sur les paupières. Nous préférons cette méthode au procédé un peu barbare qui consiste à plonger la tête de l'enfant dans une cuvette d'eau froide jusqu'à ce qu'il soit près de perdre respiration. En cas de nécessité,

(1) Nous aurons à y revenir, mais nous le disons ici à l'occasion, l'emploi de l'atropine doit être surveillé chez les jeunes enfants. On a vu dans certains cas survenir des phénomènes d'intoxication générale à la suite de l'emploi prolongé de collyres à l'atropine.

on pourrait cependant songer à ce dernier expédient qui est certainement d'une grande efficacité.

Enfin, si le blépharospasme subsistait après la disparition des phénomènes inflammatoires, si la maladie menaçait de se reproduire, on imiterait la conduite d'Agnew, qui pratiquait la canthoplastie pour prévenir les rechutes.

Traitement général. — Nous insisterons peu sur le traitement général, dont les ressources seront variées et qui sera plutôt hygiénique que médicinal.

Les accidents cornéens sérieux exigeront le maintien au lit et dans l'obscurité ; les enfants atteints de formes légères se trouveront également bien de ne pas s'exposer à la lumière, qu'ils sont du reste disposés à fuir en raison de leur photophobie.

La médication scrofuleuse comprendra : des bains salés répétés deux ou trois fois la semaine ; à l'intérieur, le sirop iodo-tannique à la dose de une à deux cuillerées à café par jour (*voir Formulaire*).

On pourra varier cette préparation et administrer les autres toniques et reconstituants préconisés contre la scrofule, vin de gentiane, iodure de potassium ioduré, etc. On insistera sur l'exercice modéré, sur le séjour à la campagne, et par-dessus tout sur l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène; c'est là le point difficile, et nous dirions volontiers avec un auteur classique : « La misère et l'ignorance sont ici bien plus difficiles à combattre que la maladie elle-même. »

OPHTHALMIE SCROFULEUSE.

Que sur un terrain semblable à celui dont nous venons de nous occuper, que sur un œil ainsi soumis à l'irritation scrofuleuse se développent un jour les phénomènes intenses de l'inflammation, on verra se produire alors une série de symptômes qui pourront simuler l'ophtalmie purulente et qui cependant doivent être envisagés et surtout traités d'une tout autre façon.

L'un de nous (1) a déjà décrit cette entité morbide spéciale qu'il faut absolument tenir pour distincte de la conjonctivite purulente. Il n'existe entre ces deux maladies que ce rapport d'analogie, à savoir que l'ophthalmie scrofuleuse est à l'œil scrofuleux ce qu'est l'ophthalmie purulente à l'œil d'un enfant sain et bien portant.

Etiologie. — Les influences banales qui amènent l'irritation, l'inflammation conjonctivale, peuvent ici aussi entrer en ligne de compte, mais il est plus ordinaire de voir cette forme d'ophthalmie scrofuleuse se montrer chez les enfants misérables, affaiblis par un état général défectueux, ou surtout par une maladie antérieure.

L'ophthalmie scrofuleuse se développe très communément chez les scrofuleux dans le cours de la convalescence des fièvres éruptives et principalement de la rougeole et de la variole.

Symptômes. — Le début de la maladie est généralement insidieux et présente l'aspect d'une irritation conjonctivale plus ou moins intense, telle que celle de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, par exemple. A la période d'état, les symptômes sont les suivants : les yeux (pris rarement ensemble, ou du moins avec une grande différence d'intensité) sont gros, très gonflés. Ils offrent à la vérité cet aspect particulier qui ait songer à l'ophthalmie purulente, mais la peau a peu changé de couleur, la tension des paupières n'est pas excessive ni douloureuse. Les tissus palpébraux offrent une certaine résistance au toucher.

Le gonflement rénitent de la paupière crée une certaine difficulté au retournement; cette tuméfaction et cette rénitence s'observent dans des proportions beaucoup moindres à la paupière inférieure, qui reste à l'état habituel recouverte par la paupière supérieure.

---

(1) Note sur une forme d'ophthalmie des enfants srofuleux simulant la conjonctivite. (Valude. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1884-85.)

La conjonctive qui double la paupière est également gonflée, mais sans réaction inflammatoire intense. La couleur est d'un rouge peu accusé; le tissu cellulaire sous-conjonctival semble épaissi, comme infiltré.

Somme toute, cette affection phlegmasique d'allures bâtardes n'a rien qui rappelle l'inflammation phlegmoneuse de l'ophtalmie purulente franche; nous comparerions plutôt ce gonflement palpébral au gonflement de la lèvre supérieure coutumier aux sujets scrofuleux.

Les altérations de la cornée peuvent à la vérité être aussi graves que dans le cours de l'ophtalmie purulente. La nécrose cornéenne est une conséquence de l'intensité du chémosis.

La sécrétion, peu abondante d'ailleurs, se fait d'abord sous forme de sérosité louche, parfois de couleur rougeâtre. Le suintement sanguin qui colore cette sécrétion tient à des déchirures de la muqueuse, qui est très friable et se rompt facilement.

Puis l'écoulement devient séro-purulent et se produit avec une abondance variable. Parfois il s'écoule au dehors comme dans l'ophthalmie purulente; d'autres fois, c'est un simple magma épais qui agglutine les paupières. Il est rare que la sécrétion soit copieuse si la muqueuse n'a pas été irritée par des cautérisations intempestives.

La dernière période, ou période de réparation, est assez longue, la tuméfaction infiltrée des tissus palpébraux étant d'une résorption difficile; c'est à ce moment qu'il ne faut négliger aucun des soins appropriés, car on doit toujours craindre le retour des phénomènes primitifs.

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit, on devra éviter de songer à une ophthalmie purulente franche; c'est avec cette seule maladie que la confusion peut être faite.

Mais le gonflement très intense de l'ophthalmie purulente s'accompagne de rougeur et de chaleur qui indiquent l'acuité de l'inflammation ; tout au contraire, la tuméfaction palpébrale de l'ophthalmie scrofuleuse offre une physionomie atone

qui doit frapper l'observateur. Enfin la sécrétion est abondante et franchement purulente dans la blennorrhée, tandis qu'elle est plutôt louche, séro-purulente et peu copieuse dans le cas qui nous occupe. Les caractères généraux de la scrofule, qui impriment leur cachet aux diverses parties du corps, seront évidemment d'un grand appoint au diagnostic.

Traitement. — Le diagnostic précédent est des plus importants à faire, car le traitement de l'ophtalmie scrofuleuse est tout différent, on pourrait dire contraire de celui de l'ophthalmie purulente.

Ici point de caustiques, point de topiques irritatifs; les collyres au nitrate d'argent, au sulfate de zinc ne serviraient qu'à exaspérer les symptômes et à prolonger la maladie. Plus d'un œil a été compromis pour avoir été traité par la médication substitutive dans des cas analogues.

Il importe donc de se borner à des médicaments émollients dans la période d'état, sous la forme de cataplasmes appliqués durant la nuit, de compresses de camomille chaudes renouvelées sur l'œil pendant le jour.

Pendant la période de réparation, alors que le gonflement des paupières a diminué, que la rougeur de la conjonctive est en voie de disparaître, il faut remplacer les émollients par l'application journalière de la pommade jaune.

Les complications cornéennes seront surveillées et traitées comme précédemment.

Il en sera de même du traitement général de l'état constitutionnel du sujet.

On le voit, dans ces variétés multiples de déterminations oculaires scrofuleuses, il sera contre-indiqué d'employer les caustiques, le nitrate d'argent. Comme topiques, se borner aux mercuriaux (calomel ou pommade jaune). Les compresses chaudes sont presque toujours d'un usage salutaire, mais surtout, et avant tout, le traitement général et local sera poursuivi longtemps avec persévérance.

Jamais on ne devra oublier cette loi commune à toutes les affections scrofuleuses, loi qui est plus vraie encore pour l'or-

gane de la vision que pour les autres parties du corps : à savoir que les affections scrofuleuses sont longues à disparaître, sujettes à récidiver et qu'un traitement indéfiniment continué est nécessaire pour en empêcher le retour.

REVUES DIVERSES

Kindermilch und Säuglinsernährung (Lait et alimentation des nourrissons), par le prof. Soxhlet. (*Müncher med. Wochenschrift*, 1886 n°s 24 et 25.) — M Soxhlet part de ce principe établi par Lister et plus récemment par Escherich que le lait est dépourvu de germes dans les glandes qui servent à sa sécrétion. Si donc le lait sécrété subit une fermentation, c'est que les organismes qui la déterminent y pénètrent du dehors. Ce qui témoigne également en faveur de cette hypothèse, c'est ce fait que les enfants qui sont allaités par leur mère, se développent mieux et souffrent plus rarement de troubles gastriques. Mais de quelle manière les agents de la fermentation pénètrent-ils dans le lait? Deux facteurs principaux président, suivant l'auteur, à cette infection du lait : d'une part, les fourrages qui servent à l'alimentation des vaches et dont certains sont particulièrement riches en micro-organismes ; d'autre part, les excréments qui souillent si souvent les étables et dont la richesse en agents fermentescibles, depend en grande partie de la qualité des fourrages. Le lait subira d'autant plus vite la fermentation, qu'il est plus souillé par ces excréments. Indépendamment de ces germes qui proviennent du dehors, il existe un autre élément qui joue un rôle considérable dans la fermentation que subit le lait. C'est la température relativement élevée dans laquelle on laisse trop souvent séjourner le lait qui doit servir à l'alimentation des nourrissons. Or, il est expérimentalement démontré que plus la température est basse, plus le développement et la multiplication des organismes inférieurs se trouvent gênés. Enfin, la fermentation du lait est également favorisée par cette mauvaise habitude qu'ont tant de personnes de verser dans du lait frais des restes de lait déjà en voie de fermentation.

Comment remédier à la fermentation du lait? Par une stérilisation de ce liquide aussi complète que possible. — Voici le procédé que

recommande M. Soxhlet ; le lait fraîchement tiré est versé dans des flacons bien lavés et fermés au moyen d'un bouchon en caoutchouc creux. Au-dessous du bouchon doit rester un espace vide de plusieurs centimètres. Ces flacons une fois remplis sont plongés jusqu'au goulot dans de l'eau qu'on chauffe au moyen d'une lampe à alcool. Dès que cette eau est bouillante et que le lait a suffisamment monté dans les flacons, on obture les bouchons en caoutchouc au moyen de petits cônes en verre. Puis on laisse bouillir l'eau encore pendant 30 à 40 minutes. Par ce procédé répété au besoin pendant deux ou trois jours consécutifs, on obtient un lait stérile qui se conserve pendant trois à quatre semaines sans subir de fermentation. Ce lait, d'après les expériences de l'auteur, n'exerce aucune action fâcheuse sur l'appareil digestif des nourrissons, et constitue un mode d'alimentation bien supérieur à l'allaitement artificiel ordinaire.

Zuckerharnruhr bei einem vierjährigen Kinde (Glycosurie chez un enfant âgé de 4 ans), par A. WINCKLER. (*Müncher med. Wochenschrift*, 1886, nº 26.) — Le 11 juin 1885, l'auteur voit à sa consultation une petite fille âgée de 4 ans, toussant et maigrissant considérablement depuis quelque temps. A l'examen de la poitrine, il ne constate qu'un léger catarrhe bronchique. Ce qui attire son attention, c'est la sécheresse toute particulière des lèvres de cette enfant. Les parents racontent alors que depuis plusieurs jours la petite malade souffre d'une soif fort intense. Pour lui calmer cette soif on lui fait boire de grandes quantités d'eau sucrée. En même temps elle urine abondamment, se lève 3 ou 4 fois dans la nuit, pour émettre chaque fois une quantité considérable d'urine. L'auteur constate directement la présence du sucre dans l'urine ; le poids spécifique de cette dernière était de 1.028. — Un an auparavant l'enfant avait été atteinte d'une diphthérie légère. — Pour le reste, sa santé avait toujours été excellente. Cependant elle est un peu nerveuse et s'effraie facilement. La moindre émotion la fait trembler. Cette disposition nerveuse lui vient de son père qui est manifestement névropathe. La grand'mère paternelle est atteinte d'épilepsie ; enfin, un grand oncle est mort du diabète.

M. Winckler ne prescrivit aucune médication active ; il recommanda avec instance l'usage du lait écrémé, préconisé par le Dr Doukin. La glycosurie évolua avec une rapidité extrême, l'enfant était morte au

bout de 4 jours. Pas d'autopsie. Suivant l'auteur, cette observation présente deux points intéressants : la marche rapide de la maladie et son étiologie. La quantité considérable d'eau sucrée consommée par la malade aurait exercé une action considérable, sinon sur le développement, au moins sur l'évolution de la glycosurie. Cantani a trouvé que sur 218 cas, la cause occasionnelle de la glycosurie a été 98 fois l'usage immodéré d'aliments sucrés.

Ein Fall von Pemphigus acutus im Anschluss an die Impfung bei einem neuropathisch belasteten Kinde (Un cas de pemphigus aigu consécutif à la vaccination chez un enfant névropathique), par I. Heim. (*Médicinisch-chirurgische Rundschau*, 1886, nº 16.) — L'auteur a eu l'occasion de voir, à l'hôpital Saint-Joseph de Vienne, un enfant âgé de 12 mois, qui présenta, 8 jours après la vaccination, un pemphigus aigu disséminé sur toute la surface du corps. La mère de cet enfant était manifestement névropathe et dut séjourner, après son accouchement, pendant plusieurs semaines, dans un asile d'aliénés. Deux autres frères avaient succombé, l'un à une hydrocéphalie, l'autre à des convulsions. L'enfant, à son entrée à l'hôpital, était très anémique. Pendant que se développaient les pustules vaccinales, toute la surface du corps fut envahie par de larges bulles, tantôt isolées, tantôt confluentes, contenant un liquide trouble. Il y eut plusieurs poussées successives de bulles sur les parties les plus diverses du corps. A leur suite, persistèrent des ulcérations arrondies, recouvertes de croûtes jaunes, purulentes et fétides. Pendant le premier jour de l'éruption, la température oscilla entre 40,2 et 39,5. Le traitement consista en bains prolongés et en applications d'onguent salicylé. La mort survint au bout de deux jours avec des symptômes de collapsus.

A l'autopsie on trouva, en outre des lésions de l'épiderme, le chorion muqueux fortement hyperhémié par place. — Le cœur, le foie et les reins étaient au contraire anémiés.

Beobachtungen über die Incubationsdauer der Pocken (Remarques sur la durée d'incubation de la variole), par le professeur Eichhorst. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1886, nº 3, *Centralblatt für klinische Medicin*, 1886, nº 27.) — L'auteur a eu la bonne fortune de pouvoir

déterminer dans 3 cas, d'une façon absolument précise, la durée de la période d'incubation de la variole. Dans le premier cas, il s'agit d'un médecin qui exerçait dans une région absolument indemne de varioleux. Il se rendit à Zurich chez son père, atteint de variole, et resta près de trois minutes auprès du lit, mais sans toucher le malade. Sa visite terminée, il est soumis aux vapeurs désinfectantes du chlore et rentre chez lui. Les jours suivants il n'a plus aucun rapport avec un varioleux. C'est au bout de 9 jours et 8 heures, qu'il présente les premiers symptômes d'une variole de moyenne intensité.

Les deux autres cas, concernent deux élèves en médecine qui s'étaient trouvés à l'hôpital en rapport avec des gens atteints de variole. Après la visite, ils avaient subi également une désinfection dans des vapeurs de chlore. Le premier présenta les symptômes d'invasion de la maladie au bout de 9 jours et 8 heures. Le second au bout de 9 jours et 14 heures.

Zur Behandlung der Diphtherie (Du traitement de la diphthérie), par P. Werner. (*Deutsche medicinische Wohenschrift*, 1886, n° 9.) — L'auteur fait prendre à ses malades, dans l'espace de 24 heures, 0, 015 à 0, 04 gr. de sublimé dans 120 à 200 gr. d'eau — En même temps le cou est frictionné 3 à 4 fois par jour avec de l'ichthyol. — Régime lacté exclusif, ni vin, ni aliments sucrés. Sur quinze enfants traités de cette façon, il n'y eut pas un seul cas de mort. Suivant Werner, le sublimé aurait une action manifestement reconstituante; il posséderait en outre la propriété de détruire, sur son passage, tous les éléments pathogènes et mettrait ainsi obstacle au développement des diverses complications de cette maladie. Le traitement doit être institué dans les trois premiers jours de la maladie.

Ein Fall von Impftuberculose beim Kinde (Un cas de tuberculose par inoculation chez l'enfant), par Elsenberg. (*Gazeta lekarska*, 1886, n° 18, *Monatschrift f. pr. Dermat.* 1886, n° 5.) — Il s'agit, dans cette observation, d'une inoculation directe de la tuberculose à un nouveau-né par l'opérateur qui pratiqua la circoncision. Celui-ci, manifestement tuberculeux (tuberculose pulmonaire et laryngéenne, bacilles dans les crachats), aspira avec sa bouche le sang qui s'écoula de la plaie préputiale et, peu de temps après, l'enfant présenta

les symptômes suivants : la surface de la plaie, au niveau de la verge, est transformée en une ulcération arrondie, recouverte d'un enduit jaune, très adhérent ; sur les côtés du frein, il existe un noyau dur, du volume d'un petit pois. Les ganglions inguinaux sont considérablement tuméfiés des deux côtés ; au niveau de l'aine gauche se trouve une fistule par laquelle s'écoule un liquide séro-purulent, trouble, renfermant des débris de ganglions inguinaux. Derrière l'oreille, du côté gauche, au niveau de la région mastoïdienne, on trouve une tumeur fluctuante très volumineuse. Les autres ganglions lymphatiques ne présentent aucune altération. Extirpation des ganglions inguinaux en caséification, et évacuation du pus derrière l'oreille. Consécutivement érysipèle, puis, au bout de quelques jours, tétanos et enfin mort. A l'autopsie, on put constater dans tous les ganglions altérés l'existence d'un nombre considérable de bacilles tuberculeux.

Monarthritis bei einem Kinde mit Conjunctivitis neonatorum (Mono-arthrite chez un enfant à la suite d'une conjonctivite des nouveau-nés), par J. Widmark. (*Hygiea* XLVII, 145. *Iahrb. f. Kinderheilkunde*, 1886, t. XXV.) — Un petit garçon présenta, le 16e jour de sa naissance, une conjonctivite purulente très rebelle qui persista pendant deux mois. Vers le 16e jour de la conjonctivite, on observa une tuméfaction considérable du pied et du genou droits ; la peau qui recouvrait ces articulations était rouge et tendue ; la pression, à ce niveau, déterminait des douleurs vives. Application de compresses froides, puis immobilisation du membre. Au bout de 15 jours, disparition totale des accidents inflammatoires susnommés. — Suivant l'auteur, il s'agissait, dans ce cas, d'un rhumatisme blennorrhagique.

Die forensische Bedeutung des Hämatoms des Sternocleidomastoideus am neugeborenen Kinde (De l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né, au point de vue médico-légal), par O. Kustner. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1886, n° 9.) — L'auteur s'efforce de combattre cette assertion généralement accréditée, d'après laquelle tout hématome du sterno-cléido-mastoïdien serait toujours la conséquence de violences graves exercées sur le nouveau-né dans un but criminel. Voici les conclusions de son travail :



1° L'hématome du sterno-cléido-mastoïdien ne résulte pas de l'allongement et de la distension du cou ; il est plutôt produit par des mouvements de torsion ;

2° Les torsions du cou se rencontrant même dans les accouchements spontanés, l'hématome peut s'observer dans tout accouchement spontané, aussi bien dans les présentations du sommet que dans celle du tronc ;

3° L'existence d'un hématome du sterno-cléido-mastoïdien n'est donc nullement une preuve d'une intervention opératoire quelconque, pendant l'accouchement.

Dehnung der Kniegelenksbänder in Folge von verticaler Extension beim Oberschenkelbruch eines Kindes (Distension des ligaments du genou à la suite de l'extension continue pratiquée dans un cas de fracture de la cuisse chez un enfant), par G. Fischer (*Centralbl. f. die med. Wissenschaften*, 1886, n° 20.) — Un enfant, âgé de 6 ans, présente une fracture de cuisse à sa partie moyenne. La jambe est suspendue verticalement et soumise à une extension continue avec un poids de 11 livres. Au bout de 4 semaines, consolidation de la fracture au moyen d'un cal volumineux, mais en même temps, mobilité anormale de l'articulation du genou. Le malade se trouvait dans l'impossibilité de marcher, la flexion du genou était très douloureuse et, enfin, les mouvements passifs d'hyperextension et de latéralité s'accomplissaient avec la plus grande facilité. Application d'un bandage silicaté autour du genou. Au bout de 15 jours, guérison complète — L'auteur insiste tout particulièrement sur l'extensibilité considérable que présentent les ligaments articulaires chez les enfants. — Cette extensibilité a fréquemment pour conséquence un allongement anormal du membre fracturé. Il recommande enfin de ne jamais dépasser un poids de 8 à 10 livres, même chez les enfants âgés.

Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit (Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow), par le profes. Hack. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 25.) — Une jeune fille âgée de 17 ans, est atteinte, depuis sa première enfance, d'un exophthalmus double. Il y a 5 ans, rhumatisme articulaire aigu, par plusieurs poussées successives, mais sans aucune complication du côté du cœur,

Au mois de mars 1885, la malade présenta tout d'un coup des palpitations avec accélération des battements du cœur (100 pulsations à la minute). Développement exagéré du lobe gauche du corps thyroïde; progressivement hypertrophie du cœur dans toutes ses dimensions. Coryza continu et enfin exophthalmie intense. En outre, à l'examen rhinoscopique, hyperplasie considérable de la muqueuse qui tapisse les cornets moyens et inférieurs du nez. Après la cautérisation du cornet inférieur droit, l'exophthalmie disparut dès le lendemain du côté corespondant. Lorsque le tissu hyperplasié fut détruit dans la fosse nasale gauche, la propulsion du globe oculaire diminua à son tour considérablement de ce même côté. L'amélioration persistait encore au bout de plusieurs mois. Les paupières se fermaient de nouveau très facilement et le visage de la malade avait perdu son expression étrange. En même temps, le cœur avait à peu près repris ses dimensions normales, et les palpitations avaient disparu. Enfin le corps thyroïde lui-même était beaucoup plus petit et moins dur.

Suivant M. Hack, la cause de la maladie ne siégeait nullement dans ce cas, ni dans les centres nerveux, ni dans les faisceaux du grand sympathique.

Il admet plutôt que c'est l'irritation persistante des filets terminaux du grand sympathique dans la muqueuse nasale, qui avait déterminé le développement du complexus morbide, désigné sous le nom de maladie de Basedow.

D[r] G. Boehler.

Su di un caso di recidiva di vajuolo ad intervallo brevissimo (D'un cas de récidive de variole à très bref délai), par le D[r] A. Montefusco, dans la *Revista clinica terapeutica* d'août 1886.

Par rapport à la variole, on rencontre chez certains individus une immunité naturelle qui dure pendant toute leur vie. D'autres, doivent cette immunité à une première attaque de variole qui joue en quelque sorte pour eux le rôle de la vaccination. Sur les huit cents malades guéris pendant la dernière épidémie à l'hôpital Domenico Cotugno (à Naples), quoiqu'un bon contingent des malades fût fourni par l'âge au-dessus de trente ans, il n'y a pas eu un seul cas vérifié de seconde infection par la petite vérole. On connaît pourtant des exemples fameux de ces récidives, entre autres celui d'une dame de soixante ans qui fut prise sept fois de variole, toujours confluente, et

guérit six fois, mais succomba trois mois après la septième atteinte, épuisée par la fièvre de suppuration, qui n'avait pas duré moins de trois semaines.

Les récidives de variole peuvent survenir dans un intervalle de temps qui varie entre quelques mois et plusieurs années. Le cas rapporté ici mérite toute l'attention possible, non seulement à cause de la récidive, mais à cause du court intervalle qui s'est écoulé entre la première et la seconde infection.

Ce cas rappelle à la mémoire de l'auteur un autre cas, qui survint chez une femme, Tonachella Luisa, qui n'avait jamais été vaccinée, affectée de variole confluente, le 3 février 1886, et sortie guérie de l'hôpital Cotugno, le 14 mars. Le 20 mars, cette malade se présente de nouveau à l'hôpital pour une éruption située sur le visage et sur les mains. Cette éruption consistait en vésicules discrètes, variées en forme et en grandeur, à contenu séro-purulent et non accompagnées de mouvement fébrile. Ces vésicules commencèrent à se dessécher le jour suivant et ne furent compliquées que d'un léger catarrhe des bronches. La Tonachella n'étant pas reconnue malade, quitte l'hôpital le 21 mars.

Outre ce cas, dit l'auteur, dans le cours de la dernière épidémie, chez un certain nombre de malades convalescents, dans la période de dessiccation, j'ai vu se développer, sur des espaces de peau saine, de nouvelles manifestations de variole sous forme de papules qui se transformaient en pustules ou s'arrêtaient en chemin. Le cas le plus remarquable de ce genre fut celui d'un nommé Spena Pasquale, chez lequel, tandis que les pustules, confluentes sur certains points des membres inférieurs, se desséchaient déjà dans cette région, la température se maintenait encore élevée (entre 38° et 38°,5) et des pustulettes nombreuses se développaient sur les espaces de peau restée saine.

Mais ce ne sont pas là des cas de récidive vraie comme celui qui va suivre :

Sansiviero Francesco, âgé de 14 ans, a été reçu à l'hôpital Cotugno le 24 mai 1886. Il est atteint de variole, quoique vacciné avec succès dans son premier âge, ce qui prouve déjà sa réceptivité.

Commencements conformes à la symptomatologie habituelle. Frisson, avec grande élévation de la température, vives douleurs lombaires, céphalalgie, vomissements. Il est entré à l'hôpital Cotugno après l'éruption caractéristique.

La forme de l'éruption ne présente pas de gravité : confluente au visage et dans d'autres régions du corps, elle passe par les états successifs de papules, vésicules et pustules, puis par la dessiccation sur le visage d'abord, et sur les membres ensuite, suivant l'ordre d'apparition. L'état général reste satisfaisant; la température, assez élevée dans les premiers jours, se maintient ensuite normale ou subnormale; pouls régulier, pas de phénomènes nerveux, bon fonctionnement des organes digestifs, mais un peu de conjonctivite catarrhale et de catarrhe bronchique. Guérison et sortie après seize jours de résidence à l'hôpital.

Le 10 juin, *deux jours après sa sortie de l'hôpital*, il se présente de nouveau avec une éruption qui s'était manifestée sur les bras et sur le tronc, précédée, comme celle de la première maladie, par des vomissements, de la céphalalgie et de la douleur lombaire. Le malade affirme qu'il a eu une fièvre assez forte. Température normale, catarrhe bronchique, douleurs vagues.

L'éruption est constituée par des vésicules remplies d'un liquide séreux, qui se transforment en véritables pustules après quelques jours.

Le malade sort, pour la seconde fois, guéri, le 17 juin.

Il y a peu d'observations de ce genre consignées dans la littérature médicale.

Un cas de Richter: récidive après treize jours d'une première attaque; un autre cas de Speyer: récidive après dix jours. Un cas de Kramer (1) : celui d'un individu qui se trouvait encore à l'hôpital, convalescent d'une variole et chez lequel, seize jours après le commencement de la première variole et le treizième joùr de son séjour à l'hôpital, il se développa une seconde éruption.

Dans ces récidives, de même que dans celles qui se manifestent après des intervalles plus longs, la seconde attaque de l'infection est toujours plus douce et suivie d'une complète guérison.

Carbolic Acid in the Treatment of Whooping-Cough (Dè l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la coqueluche), par les Drs C. W. Suckling et Archibald Macdonald, in *Brit. Med. Journ.*, 24 et 31 juillet 1886.

---

(1) Kramer. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis.* Hft I, 1874.

Le D[r] Cory, dit le D[r] Suckling (*Brit. Med. Journ.* 24 juillet), a dernièrement préconisé l'usage de l'acide phénique à l'intérieur, dans le traitement de la coqueluche. J'ai, depuis, employé la glycérine phéniqnée avec grand succès au profit de mes malades de la policlinique, au *Children's Hospital*. J'avais, auparavant, prescrit l'alun, la belladone, les bromures et l'ipécacuanha, les sels de zinc, le croton chloralhydraté, l'acide cyanhydrique, dans des cas différents, mais toujours avec des résultats assez peu satisfaisants. Je possède des notes cliniques sur vingt-trois cas traités par la glycérine phéniquée. Un demi-minime dans l'eau de menthe est suffisant pour un enfant d'un an et la dose va croissant avec l'âge. Dans vingt cas, il y eut vite de l'amélioration, l'état général des petits malades fut instantanément amélioré; le nombre et la sévérité des accès de toux furent diminués. Les soins ne dûrent pas être continués plus de quinze jours dans aucun de ces cas, tandis que la durée ordinaire des soins est ordinairement double. Dans trois cas, l'acide phénique n'apporta pas de soulagement. Le diagnostic de l'affection n'avait laissé de doute dans aucun des cas, car on avait dans tous entendu la toux caractéristique et vu l'ulcération du frein de la langue.

J'ai observé cette ulcération, dit le D[r] Suckling, dans 50 p. 100 des cas de coqueluche que j'ai constatés. Elle peut donc être considérée comme pathognonomique. Je regarde donc l'acide phénique comme un spécifique contre la coqueluche.

Le D[r] Archibald Macdonald (*Brit. Med. Journ.*, 31 juillet 1886) réclame la priorité en citant sa communication à l'*Edinb. Med. Journ.* de juin 1881 (art. VII) en ces termes :

« Après une expérience prolongée, je trouve que l'acide phénique en doses d'un quart de minime pour un enfant de six mois, d'un demi-minime pour un enfant d'un an, et d'un minime pour un enfant de deux ans et au-dessus, est le meilleur remède contre la coqueluche. Le caractère coqueluchant de la toux disparaît; le vomissement cesse; les paroxysmes sont modifiés en intensité et en fréquence. Ce résultat est produit probablement par une action semblable à celle de la créosote sur les fibres motrices de l'estomac, et aussi par un abaissement de la vitalité dans le germe spécifique de la coqueluche. Les doses que je viens de citer étaient fortes et demandaient de la surveillance; je donne maintenant des quantités plus faibles, dans la glycérine, mais en proportions plus fortes que celles de la glycérine d'acide phénique. »

Case of Congenital Cyst of the Tongue (Cas de kyste congénital de la langue), par le Dr WRIGHT, dans le *Med. Record* du 16 mai, d'après les *Arch. of Pediatries* du 15 septembre 1885.

Petite fille vigoureuse, âgée de 6 ans, dont la langue avait paru hypertrophiée depuis sa naissance. Depuis deux ans, cette hypertrophie a marché rapidement. Quand elle a été vue par le docteur, la mastication était impossible et la parole inintelligible. La salive coulait constamment de la bouche de l'enfant; sa langue pendait sur son menton et ne pouvait être ramenée dans la bouche qu'au prix des plus grands efforts. La perception, un peu confuse, d'un certain degré de fluctuation près du centre de la tumeur, faisait penser à un kyste. Deux fortes aiguilles, légèrement incurvées, portant chacune un double lien en soie, furent passées au travers de la base de la langue, à des points diamétralement opposés et de haut en bas. Les aiguilles furent ensuite ôtées et deux ligatures modérément serrées furent faites sur la portion correspondante de la base de la langue, comme un moyen temporaire d'arrêter l'hémorrhagie. Une incision fut faite sur la face supérieure de la tumeur, à travers laquelle environ trois onces d'un liquide puriforme, jaune et épais, s'épanchèrent au dehors. Les parois du kyste étaient constituées par une membrane épaisse, luisante et parfaitement organisée. Comme l'hypertrophie de la langue était par elle-même très considérable, on prit le parti d'amputer cet organe au niveau des dents incisives. Les résultats de l'opération ont été très satisfaisants. Un examen microscopique du contenu du kyste révéla la présence d'un détritus granuleux de cellules de tissu adipeux. Il n'y avait pas de cellules de pus.

Faits relatifs à la tuberculose du premier âge, extraits de la thèse du Dr Louis QUEYRAT. (Paris, G. Masson, 1886.)

Le Dr Cadet de Gassicourt a publié, dans la *Revue des maladies de l'Enfance*, de juin 1886, une observation très intéressante de *tuberculose d'adulte chez un enfant de 10 mois, vaste caverne; perforation d'une grosse bronche et d'une branche importante de l'artère pulmonaire; mort par hémorrhagie pulmonaire.*

Pour le Dr Cadet de Gassicourt, la forme habituelle de la tuberculose pulmonaire infantine est la forme broncho-pueumonique, au-dessous de 9 à 10 ans, et les vastes cavernes du sommet, si fréquentes chez l'adulte, sont rares chez l'enfant avant 4 ans.

Les anciens auteurs, Papavoine, Rilliet et Barthez admettent que la tuberculose elle-même est rare chez les enfants au-dessous de deux ans, et très rares au-dessous d'un an. Les statistiques récentes de W. Frœbelius, de Demme, de Biedert semblent conformes à cet enseignement. Contrairement à ces idées, le Dr Queyrat, se basant sur les cas qu'il a observés à l'hôpital Tenon, dans le service de son maître, le Dr Landouzy, considère comme une affection fréquente la tuberculose du premier âge : sur 339 enfants admis à la crèche, il y a eu 61 décès, et sur 35 autopsies le Dr Queyrat a trouvé 11 tuberculoses (1/5e de tous les décès et 1/3 des autopsies). Frœbelius, sur une statistique comprenant 18,500 morts, n'avait trouvé que 2 p. 100 des morts et 2.5 p. 100 des autopsies attribuables à la tuberculose.

Peut-être que les recherches bactériologiques récentes ont permis de rendre à la tuberculose un certain nombre de cas attribués à tort à la broncho-pneumonie.

Cela est probable, surtout pour les cas de tuberculose miliaire généralisée, qui débutent souvent chez l'enfant par une broncho-pneumonie attribuée maintenant à la pénétration du bacille dans les bronches.

Quelquefois cette broncho-pneumonie passe inaperçue et le médecin ne constate que la présence de la tuberculose, passée dès lors à l'état chronique.

Quelquefois la broncho-pneumonie est constatée; on la guérit même, mais l'enfant reste tuberculeux.

Enfin, l'enfant succombe quelquefois à la broncho-pneumonie elle-même et il faut le secours du microscope pour découvrir le bacille de Koch sur les coupes ou sur le raclage des organes pulmonaires soumis à l'autopsie.

La broncho-pneumonie serait le résultat de la présence du bacille agissant comme un corps étranger.

Le Dr Queyrat appuie ces opinions, qui sont aussi celles de son maître, le Dr Landouzy, sur cinq observations.

Talipes Equino-varus; Cuneiform Osteotomy (Pied-bot varus équin. Ostéotomie cunéiforme), par le Dr C.-T. Poore, *New-York Med. Soc.*, du 26 avril 1886. *In New-York Méd. Journ.*, 15 mai 1886.

L'auteur présente à la Société un malade âgé de 10 ans, sur lequel il a pratiqué une ostéotomie cunéiforme pour un pied-bot varus équin congénital. Le malade n'avait jamais été traité pour cette difformité qui se limitait au pied gauche. Il y avait une adduction marquée du pied en avant de l'articulation de Chopart, avec une grande rigidité des tissus sur le côté interne du pied, de sorte que tous les efforts qu'on faisait pour changer la position de la portion antérieure du pied échouaient malgré l'usage, en plusieurs circonstances de l'instrument de Bradford, pour réduire par force la difformité. Il y avait aussi une raideur marquée de l'articulation de la cheville et il était impossible d'obtenir un seul mouvement de cette articulation par l'emploi d'aucune force raisonnable.

Dans ces circonstances, le Dr Poore se détermina à extraire un coin en V du côté externe du pied. L'opération, ainsi qu'elle a été décrite par Davy et par d'autres, consiste dans l'extraction d'un coin d'os à base externe, renfermant des portions du cuboïde, du scaphoïde et du calcanéum, ainsi que la tête de l'astragale. On détruit ainsi la plus grande partie des articulations tarsiennes.

Sur le malade faisant le sujet de la précédente communication, l'auteur a enlevé un coin de la portion antérieure du calcanéum et du col de l'astragale de dimension suffisante pour permettre à l'avant-pied d'être mis en ligne droite avec le reste du pied. Dans ces cas la portion antérieure du calcanéum subit une élongation, et le col de l'astragale vient occuper une position plus antérieure. L'opération a été exécutée sans provoquer l'ouverture d'aucune des articulations du tarse, et n'a pas raccourci la portion du pied antérieure à l'articulation de Chopart; elle a rendu au contraire cette dernière plus propre à ses usages habituels. Le malade marche en conservant seulement une légère claudication; il reprend du mouvement dans la cheville et ne souffre pas du pied.

Du bec-de-lièvre ; nouvelle aiguille à suture sèche. — Extrait du *Journal de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, par le Dr Gevaert, chef de clinique à l'hôpital Saint-Pierre (service des enfants).

L'idée première de cette aiguille est venue à propos d'une opération de bec-de-lièvre compliqué, que l'interne du service, M. le Marinel, pratiquait sous les yeux de M. Charon, dans le service des enfants

de l'hôpital Saint-Pierre. L'avivement était fait; on avait passé l'épingle anglaise ordinaire, que l'on emploie dans ces cas pour pratiquer la suture entortillée; l'épingle ayant été placée trop bas, l'idée vint à M. Charon que si l'éxtrémité pointue de l'épingle avait été pourvue d'un chas, on aurait pu, en la retirant, laisser dans la plaie un fil d'argent. Ce fil, entraîné dans le retrait de l'aiguille, aurait fourni une suture maintenant les bords de la plaie en contact et arrêtant provisoirement toute hémorrhagie; ainsi aurait été réparé avantageusement le fait d'une épingle mal placée.

L'aiguille que M. Charon a fait fabriquer depuis est droite, élargie en fer de lance à son extrémité, pointue et percée d'un chas permettant l'introduction d'un fil d'argent de gros calibre. L'autre extrémité est garnie d'une pièce en ivoire, de la forme d'une plaque de sonde cannelée. On peut donner à l'aiguille différentes formes ou courbures, suivant les diverses sortes de suture que l'on veut pratiquer.

Dans le bec-de-lièvre simple ou compliqué, le maniement de cette aiguille est plus facile que celui des anciennes aiguilles courbes à verrou, qui n'offrent aucune prise à la main, qui ne tiennent pas dans le porte-aiguilles, vacillent et forcent à recommencer la piqûre à un moment où le temps presse et où l'hémorrhagie menace de mort le jeune sujet.

Principaux avantages :

1° L'aiguille étant longue et pourvue d'une plaque ne peut glisser dans la main ni changer de direction.

2° Une fois passée dans les tissus, elle est contournée en forme de 8 par un gros fil. Toute hémorrhagie est arrêtée. On place la seconde aiguille au-dessus. Quand elle a traversé complètement les tissus, on introduit un fil d'argent dans l'orifice, on retire l'aiguille et on tord le fil en rapprochant les lèvres de la plaie. Ceci fait, on retire le fil en forme de 8 de la première aiguille; toute crainte d'hémorrhagie ayant disparu, on passe le fil d'argent dans l'orifice qui, entraîné dans le retrait de l'aiguille, constitue la seconde suture.

3° Si, l'aiguille une fois placée, on s'aperçoit que l'écartement des lèvres est trop considérable et qu'il serait nécessaire de mettre une suture entortillée; on sacrifie l'aiguille, dont on coupe les deux extrémités, et on passe le fil en forme de 8.

4° Son prix est très modique et elle n'est pas susceptible de se détériorer. Elle peut servir dans toutes les circonstances dans lesquelles on emploie l'aiguille ordinaire, dans la suture au fil de soie,

au crin de cheval, au catgut. Dans ces cas, avant de traverser les tissus, on place le fil dans le chas de l'aiguille, on fait la piqûre et on retire un des bouts du fil, le plus court, pendant que l'aiguille retourne par la même voie, guidée par l'autre bout du fil qui reste en place. On peut ainsi, en se servant d'un fil assez long, pratiquer un grand nombre de sutures très rapidement et très exactement, sans devoir enfiler de nouveau l'aiguille.

Recherches sur les scrofulides bénignes ; impétigo ; acné pilaire palpébrale ou blépharite ; acné pilaire nasale ; phlyctène périkératique. (Communication de MM. DUCLAUX et BOUCHERON au congrès de Nancy. *Résumé.*)

MM. Duclaux et Boucheron ont trouvé dans ces scrofulides des coccus de même grosseur et de même aspect, mais non identiques, surtout dans leur degré de virulence.

Leurs caractères communs pouvaient se résumer ainsi :

I. — Comme pour le microbe du *clou de Biskra*, qui appartient sans doute à la même famille, les cultures successives, dans le bouillon de veau neutralisé, exaltent la virulence du microbe, mais un séjour prolongé dans ce milieu l'atténue. La nature et la gravité des désordres qu'il produit dans l'économie dépendent surtout de son âge.

II. — Les cultures virulentes inoculées dans les veines (méthode la plus sûre) à la dose de 2 ou 3 gouttes, tuent le lapin en moins de 24 heures. Sang plus coagulable et péricardite fibrineuse.

III. — Les cultures d'activité moyenne, inoculées à la dose d'un centimètre cube, tuent encore le lapin en 24 heures ; mais à la dose de 2 ou 3 gouttes, elles ne le tuent qu'en 2 à 4 jours, produisant des lésions macroscopiques et microscopiques appréciables (exsudats séreux ou séro-fibrineux, quelquefois purulents, quelquefois remplis de coccus dans les articulations ; — péricardites, pleurésies, péritonites séro-fibrineuses, peuplées souvent de microcoques, rarement purulentes ; — myopathies du cœur et des autres muscles, de nature vitreuse ou purulente avec microcoques ; — abcès périostiques, ostéomyélites ; abcès juxta-articulaires, articulaires, du petit bassin, des vertèbres ; paralysies de l'arrière-train, avec liquide céphalo-rachidien peuplé ou non de microcoques ; — méningites avec cris stridents prolongés ; — néphrites à foyers blancs ou jaune d'or, conte-

nant des amas de microcoques; quelquefois petits abcès du foie; — hypertrophie rouge ou jaune des ganglions lymphatiques.

IV. — Les cultures très atténuées ne produisant que des lésions légères ou pas de lésions (vésico-pustules de l'homme) ne contiennent plus qu'un microcoque, atténué spontanément dans l'organisme humaine, et dont les cultures successives peuvent remonter la puissance.

V. — Les injections de ces cocous, à un haut degré de virulence, dans la trachée et dans l'estomac, ne provoquent ni la mort, ni un état accusé de maladie.

L'injection dans les lames de la cornée des cultures très actives produit une kératite à hypopyon. L'injection avec des cultures moins actives produit une kératite sans hypopyon.

Avec ces inoculations locales, l'animal ne meurt pas en général.

— Dans les lésions des scrofulides bénignes, existent donc un ou plusieurs coccus très voisins, sinon identiques, qui inoculés dans les veines du lapin, produisent de nombreuses lésions, rappelant les accidents notés en clinique comme dépendant de la scrofule interne.

On a le droit de rapprocher de ces coccus ceux que MM. Malassez et Vignal ont trouvé dans les lésions osseuses des enfants; celui que M. Rodet a retrouvé dans l'ostéomyélite de l'homme; celui du furoncle, et celui du clou de Biskra.

On a aussi le droit de rapprocher les phénomènes résumés plus haut de l'observation clinique, si souvent faite, des méningites succédant à une amélioration relative de l'impétigo cutané, chez des familles exemptes de tuberculose.

Dr Pierre-J. Mercier.

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd., 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Novembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA BRONCHO-PNEUMONIE SYPHILITIQUE DU FOETUS ET DU NOUVEAU-NÉ

Par F. Balzer
Médecin de l'hôpital de Lourcine
Et **A. Grandhomme**, interne des hôpitaux.

La syphilis pulmonaire, malgré certaines obscurités, est aujourd'hui bien connue. Son histoire s'est édifiée lentement, pierre par pierre, pour ainsi dire, ce qui s'explique facilement si l'on considère la rareté des faits caractéristiques chez l'adulte. C'est surtout aux travaux de Virchow, Cornil, Lancereaux, Landrieux, Fournier, Wagner, Colomiatti, Malassez, etc., que l'on doit les progrès qui ont établi nos connaissances sur des bases précises. L'ouvrage de Pancritius (1881) (1) en Allemagne, les thèses de Carlier (1882) et de Jacquin (1884), l'article de G. Homolle (2), celui de MM. Germain

(1) Pancritius. Ueber Lungen-Syphilis, 1881.

(2) G. Homolle. *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*. Art. *Syphilis*, p. 808 et suiv.

Sée et Talamon (1) résument les nombreux travaux qui ont paru sur la matière.

Chez le fœtus et le nouveau-né, les lésions syphilitiques du poumon, beaucoup plus fréquentes que chez l'adulte, n'ont été bien mises en évidence que par Depaul (1851). Elles ont inspiré depuis de nombreux et remarquables travaux parmi lesquels il faut surtout citer ceux de Lebert, Robin et Lorain, Forster, Ranvier, Virchow, Cornil, Lancereaux, Daniel Mollière (2), Parrot (3). Ce sont surtout ces derniers auteurs qui ont cherché à synthétiser l'étude de la syphilis pulmonaire du fœtus et du nouveau-né. Il y a peu de chose à ajouter à leurs conclusions et c'est sur elles que nous nous sommes efforcés d'étayer nos propres recherches.

Nous avons pu dans le cours de cette année faire quelques autopsies de mort-nés syphilitiques à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Pozzi. Nous tenons à le remercier tout d'abord de sa libérale obligeance, grâce à laquelle nous avons pu entreprendre le travail de contrôle et les observations nouvelles que nous publions aujourd'hui.

Tout incomplets qu'ils soient encore, nous croyons cependant pouvoir dès à présent donner ces premiers résultats. Le hasard, en effet, nous a favorisés en mettant sous nos yeux des lésions très remarquables de la syphilis du poumon et telles que nous aurions pu faire de nombreuses autopsies avant de les retrouver aussi nettement accusées.

Nos autopsies sont au nombre de dix. Nous croyons pouvoir grouper sous le titre de *broncho-pneumonies* syphilitiques déjà employé par MM. Homolle, Carlier, etc..., les lésions que nous allons décrire. La plupart des auteurs n'adoptent pas franchement le terme de broncho-pneumonie à propos de la syphilis

---

(1) Germain Sée. *Maladies spécifiques du poumon*. 1886.

(2) Depaul, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, t. XVII, p. 503.

(3) Daniel Mollière. Observations de syphilis congénitale (*Annales de Dermatologie*, 1870, t. II.)

(4) Parrot. La syphilis héréditaire et le rachitis. Paris, 1886.

pulmonaire : les noms de *pneumonie*, *pneumonie interstitielle*, *pneumonie lobulaire* ou même *pneumopathies* se trouvent plus fréquemment dans leurs écrits. Cette réserve s'explique facilement si l'on se rappelle que la doctrine de la spécificité des lésions, détrônée aujourd'hui par la doctrine de la spécificité des causes, régnait sans partage il y a encore peu de temps. Le processus syphilitique était mis à part, et ne pouvait être confondu avec les inflammations : les productions syphilitiques étaient plus volontiers rapprochées des tumeurs et classées avec elles. Aujourd'hui les lésions syphilitiques, produites comme les autres inflammations par des microbes, ne nous paraissent conserver de caractères spécifiques que dans leur évolution. En ce qui concerne le poumon, les pneumonies syphilitiques rentrent dans le groupe des broncho-pneumonies, au même titre que les pneumonies secondaires des maladies infectieuses à évolution aiguë, comme la rougeole ou à évolution chronique, comme la tuberculose.

Suivant l'acuité ou l'ancienneté du processus, la syphilis réalise chez le fœtus les principales formes de broncho-pneumonie. Ici comme pour les broncho-pneumonies des autres maladies infectieuses, la syphilis nous montre des lésions différant d'aspect suivant le degré d'intensité et de chronicité, et aussi suivant la localisation prédominante sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire.

Nous distinguerons donc :

1° Les *broncho-pneumonies récentes ou peu intenses.* Cette classe comprend les faits avec congestion pulmonaire ou splénisation. Elle comprend aussi les faits dans lesquels les lésions ne sont pas apparentes à l'examen macroscopique.

2° *Broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale* (forme pseudo-lobaire) à la partie postérieure des poumons. Cette variété correspond pour les lésions à la forme subaiguë de la broncho-pneumonie des autres maladies infectieuses. Elle se confond insensiblement avec le type suivant.

3° *Broncho-pneumonies avec hépatisation blanche sans dilata*

tion des bronches, correspondant à la *carnisation* des autres broncho-pneumonies. Cette hépatisation pseudo-lobaire ou en noyaux disséminés peut aboutir à la dégénérescence fibro-caséeuse ou gommeuse.

4° *Broncho-pneumonies avec dilatation des bronches.*

I. — Broncho-pneumonies récentes ou peu intenses.

1° *Faits sans lésions broncho-pneumoniques apparentes.* 2° *Faits avec congestion pulmonaire; spléno-pneumonie.*

L'histoire de ces faits mériterait des développements plus amples que ceux que nous pouvons donner. Nous nous sommes heurtés aux difficultés signalées par M. Cornil et qui tiennent aux incertitudes où nous sommes au sujet de l'état normal des poumons du fœtus. Il y a là cependant, nous pouvons le dire, une catégorie de faits très nombreux : les poumons du nouveau-né ou du fœtus syphilitique, souvent sains en apparence, présentent à l'examen microscopique des lésions plus ou moins importantes. Nous avons observé des cas dans lesquels le poumon paraissait normal, d'autres cas dans lesquels on ne voyait que de la congestion diffuse; les poumons présentent souvent cette couleur violette ou hortensia signalée par Parrot et par la plupart des auteurs. C'est là de la splénisation, comme va le démontrer l'examen microscopique. Le terme de *spléno-pneumonie* adopté par M. Joffroy (1), pour désigner les broncho-pneumonies dans lesquelles prédomine la congestion avec desquamation des épithéliums nous paraît convenir parfaitement à cette catégorie de faits.

Obs. I. — Tricot (Marie), 22 ans, domestique, bonne santé habituelle, bien réglée. Le début de la syphilis a eu lieu en même temps que celui de la grossesse; au deuxième mois, apparition des premières plaques muqueuses vulvaires, céphalalgie, alopécie, syphilides maculeuses et papuleuses. Elle n'a suivi de traitement interne qu'au mois de juillet (sirop de Gibert). Accouchement le 22 sep-

(1) A. Joffroy. Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Th. d'agrégation, 1880.

tembre : enfant mort-né, un peu macéré ; il n'y avait plus de mouvements depuis huit jours environ. *Autopsie*: Pas de lésions cutanées ; cordon violacé, volumineux. dur. Poumons : coloration bleuâtre à l'extérieur, ecchymoses nombreuses aux bords postérieurs des deux poumons ; sur la coupe, congestion intense, aspect de la splénisation, foyers hémorrhagiques superficiels, foyers profonds plus vastes, diffus. Cœur sain en apparence ; rate, reins, id. Foie très volumineux et dur, coloration pierre à fusil très caractéristique. — A l'examen microscopique, les bronches présentent une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de leurs parois, infiltration qui, comme l'a vu M. Daniel Mollière, s'étend aussi aux parois des alvéoles les plus voisins. Notons en passant que ces altérations des bronchioles et des alvéoles circonvoisins survenant souvent de très bonne heure établissent une différence entre la syphilis du fœtus et celle de l'adulte. Ainsi que l'a noté Brissaud (1), l'inflammation plus lente chez celui-ci reste plus longtemps cantonnée autour des vaisseaux et atteint plus tardivement les parois alvéolaires.

Ailleurs les alvéoles sont normaux : il en est de même pour les parois des gros vaisseaux et le tissu conjonctif interlobulaire. Mais il faut signaler ici des altérations des épithéliums des bronchioles et des alvéoles ; il y a eu desquamation assez abondante et on trouve des masses épithéliales assez considérables parfois. Cette desquamation épithéliale, semblable à celle de la splénisation des broncho-pneumonies ordinaires, accompagne ici de même une congestion très vive dont témoignent beaucoup de petites hémorrhagies intra-alvéolaires et intrabronchiques. Ces infiltrations sanguines sont très étendues, elles se retrouvent aussi dans les parois des vaisseaux et dans le tissu conjonctif de la périphérie des lobules.

En résumé, broncho-pneumonie encore récente, c'est-à-dire, bronchite avec pneumonie desquamative, congestion intense avec hémorrhagies, telles sont les lésions que nous offre ce cas à l'examen microscopique.

Nous signalerons ici encore la présence de *microcoques* très petits que nous trouvons en quantité considérable dans les parois vasculaires et bronchiques, dans le sang épanché, dans l'intérieur des alvéoles, dans l'épaisseur des cellules ou bien

(1) Brissaud. *Progrès médical* (20 janvier 1883).

libres et quelquefois en amas zoogléiques. Nous ne ferons que signaler la présence de ces microcoques que l'hématoxyline colore assez bien, sans tirer aucune conclusion. Nous les retrouvons, en effet, plus ou moins nombreux dans tous les cas, mais nous rappelons qu'il s'agit ici de fœtus mort-nés et dont l'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

Obs. II. — Guérin, 21 ans. Premières plaques muqueuses en février 1886 : traitement à partir de ce moment. Accouchement à terme le 19 août, présentation du siège ; pas de mouvements depuis huit jours. L'enfant était mort, mais non macéré. — *Autopsie* : Cœur, reins, foie, rate, sains en apparence. Poumons, coloration d'un violet foncé à la surface et sur la coupe, aspect de la splénisation.

Obs. III. — Vacaresse, 24 ans. 1re grossesse à terme, enfant vivant. Syphilis au début de la 2e grossesse. Le traitement a été suivi d'une façon assez régulière (pilules, sirop de Gibert). Elle a encore des plaques vulvaires au moment de l'accouchement qui a lieu le 7 septembre 1886. Fœtus macéré et un peu putréfié. Cordon volumineux et dur, infiltré de matière caséeuse à son insertion : placenta grisâtre avec nodules d'apparence gommeuse. Cœur, rate, reins d'apparence normale. Foie, grains blancs très petits à la surface et sur la coupe. Poumons un peu congestionnés, en apparence normaux.

Obs. IV. — Chabert (Clémentine). Accouchement au 9e mois. Enfant mort-né. Les premiers accidents syphilitiques remarqués (plaques muqueuses vulvaires) remontent à un mois et persistent actuellement. — Le début de la maladie ne peut être fixé exactement. Pas de traitement spécifique. — Aucun renseignement sur la date probable de la mort du fœtus.

A l'autopsie. Pas de macération, — pas de lésion syphilitique cutanée. — Cœur, foie, reins normaux en apparence, sérosité sanguinolente dans le péritoine.

Poumons bleuâtres, ne surnagent pas. — Congestion assez intense, à la coupe. — Dans les plèvres, un peu de sérosité sanguinolente.

Nous ne croyons pas devoir répéter pour ces faits les détails de l'examen histologique. Il a montré les mêmes altérations que dans la première observation, bronchite avec pneumonie desquamative, congestion intense, mais pas d'hémorrhagies,

sauf dans la IV[e] observation, où l'on retrouve des infiltrations sanguines diffuses comme dans la 1[re].

Ces observations, que nous pourrions multiplier, montrent à leur minimum les lésions pulmonaires des nouveau-nés syphilitiques. Bronchite, desquamation épithéliale dans les alvéoles comme dans les bronches, congestion plus ou moins intense, quelquefois hémorrhagies, telles sont en deux mots les altérations que nous montre le microscope. Elles ont été bien vues par M. Daniel Mollière qui les considère avec raison, comme caractérisant la première phase de la syphilis pulmonaire congénitale.

Il faut y ajouter, comme lésions communes à tous les cas, les modifications survenues dans les tuniques externe et interne des vaisseaux dont les noyaux sont presque partout en prolifération manifeste, et en outre peut-être les altérations du sang. Nous remarquons, en effet, un très grand nombre de globules blancs dans les vaisseaux congestionnés : cet état de leucocytose que les recherches de Willebouchewitch ont fait connaître au début de la syphilis de l'adulte, nous a paru constant. Ces diverses particularités, jointes à la gêne circulatoire, expliquent suffisamment la fréquence des hémorrhagies que nous avons observées dans presque tous les cas.

L'examen microscopique, dans les cas sans lésions apparentes, est indispensable, sinon l'on serait exposé à méconnaître assez souvent l'intervention de la syphilis. Cela nous a paru vrai, non seulement pour le poumon, mais aussi pour les autres organes. Dans les cas où la syphilis est ignorée ou dissimulée, il faut être prévenu de ces faits, si l'on tient à reconnaître la véritable cause de certains avortements ou de la mort des fœtus.

II. — Broncho-pneumonies subaigues a noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale a la partie postérieure des poumons.

Le fait que nous allons maintenant rapporter se rapproche davantage du type habituel de la broncho-pneumonie. Ces

ressemblances sont manifestes aussi bien pour les lésions macroscopiques que pour l'analyse histologique.

OBS. V.— Fabre (Marie), 22 ans. Accouchement dans le 9e mois de la grossesse. Enfant mort-né.

Les accidents syphilitiques ont débuté en octobre 1884. La malade a déjà fait deux séjours à Lourcine et suivi le traitement spécifique dès le début de sa maladie, depuis elle ne s'est pas soignée très régulièrement, et à plusieurs reprises elle a présenté des manifestations de syphilis secondaire. Actuellement elle ne présente pas de syphilides. Elle est dans le 9e mois de sa grossesse : depuis deux ou trois jours les mouvements du fœtus sont à peine perçus. Dès hier elle a perdu une certaine quantité de liquide amniotique qui s'écoule encore un peu aujourd'hui. Elle accouche pendant la nuit.

L'enfant est grêle, chétif et présente à la surface du corps de nombreuses syphilides bulleuses, ainsi qu'un dépôt blanchâtre pulvérulent au niveau des commissures labiales. Pas de vagissements au moment de la naissance. Quelques inspirations rares, profondes, pendant un quart d'heure à peine.

A l'autopsie, le cœur, le foie, la rate et les reins sont sains en apparence, de même que le péritoine. Les poumons crépitent peu; des fragments jetés dans l'eau surnagent. On remarque des régions rosées ou légèrement rougeâtres, disposées en bandes, à la partie postérieure des poumons : l'induration n'est pas très accusée ; la surface de section est lisse, il y a splénisation évidente d'un certain nombre de groupes de lobules et cela dans les deux poumons. Cette splénisation s'accompagne de peu de congestion ; il y a en beaucoup de points indurés à peine un léger changement de coloration. On ne trouve d'atélectasie vraie qu'en un seul point sur le bord d'un lobe.

Ce fait correspond tout à fait à la description donnée par Parrot des poumons d'enfants ayant déjà respiré. Toutefois l'éminent professeur paraît avoir plus fréquement observé des cas dans lesquels les lésions étaient déjà plus avancées et aboutissaient à la transformation caséeuse ou fibrocaséeuse.

L'examen microscopique nous montre ici des altérations évidemment récentes qui ont dû se développer assez rapide-

ment et qui sont comparables à celles des broncho-pneumonies subaiguës des autres maladies infectieuses.

Durcissement par l'alcool, coloration des coupes par le picro-carmin ou l'hématoxyline de Renaut. On voit à un faible grossissement (n° 2 de Verick) que toutes les parties du lobule sont lésées; cependant les altérations, malgré cette diffusion, présentent des localisations qui ne peuvent être comparées qu'à celles de la broncho-pneumonie. On a même sous les yeux, dans les points les moins altérés, des aspects absolument semblables à ceux que l'on peut observer dans les broncho-pneumonies les plus typiques. Ici, à vrai dire, il n'y a pas de nodules péribronchiques formés par une couronne d'alvéoles remplis d'exsudats fibrino-leucocytiques et enveloppant la coupe de la bronche et de son vaisseau; mais l'envahissement des tuniques de la bronche par les cellules embryonnaires, son épaisseur doublée ou triplée, et de plus la prédominance des altérations dans le voisinage, reproduisent des aspects qui rappellent la péribronchite qu'on observe dans les broncho-pneumonies de diverses provenances. L'abondance des éléments embryonnaires, leur coloration vive sous l'influence du carmin contraste avec les colorations plus effacées des parties voisines : là prédomine la pneumonie desquamative, les alvéoles sont remplis de cellules détachées de la paroi, et qui se colorent principalement en jaune. Somme toute, nous le répétons, l'aspect général dans ces points les moins altérés est à peu près identique à celui qui a été décrit par M. Charcot dans la broncho-pneumonie aiguë et subaiguë.

Tels sont les premiers renseignements que nous fournit l'examen des lésions à un faible grossissement; ils nous paraissent importants, parce qu'ils sont en parfaite concordance avec les résultats de l'examen macroscopique et concluent de même à des lésions broncho-pneumoniques. Il faut ajouter d'autres particularités à cet examen préliminaire, savoir : l'épaississement des cloisons conjonctives périlobulaires et de la plèvre, l'épaississement parfois considérable des parois alvéolaires et vasculaires, la congestion et la dilatation des vaisseaux.

A un grossissement plus fort (n°s 6 et 8 de Verick), on constate l'intégrité du revêtement épithélial des bronches : on voit que l'infiltration

de cellules embryonnaires est si considérable qu'elle masque entièrement les autres éléments de la paroi bronchique. Même infiltration en beaucoup de points des parois alvéolaires : là aussi les éléments normaux semblent étouffés par la prolifération des jeunes cellules, surtout dans le voisinage des bronches, de la plèvre et de quelques travées interlobulaires. En beaucoup de points on retrouve sur les parois alvéolaires l'épithélium pulmonaire intact, grosses cellules arrondies et globuleuses (bien que l'enfant ait respiré), à contour nettement marqué et souvent même un peu épaissi. Du reste, il est évident que le travail inflammatoire est ici avant tout interstitiel : le contenu des alvéoles est peu abondant. Il se compose de cellules épithéliales desquamées, granuleuses ordinairement, quelquefois avec des reflets brillants semblables à ceux que donne la dégénérescence colloïde. Elles sont souvent agglomérées et forment un petit bloc compacte qui occupe le centre de la cavité alvéolaire.

Dans quelques alvéoles nous avons constaté nettement l'existence d'exsudats fibrineux, mais nous ne saurions dire s'ils ne sont pas la conséquence de petites hémorrhagies intra-alvéolaires : il s'en est produit, en effet, quelques-unes en plusieurs points. Ailleurs les alvéoles ne contiennent que des amas de granulations.

Les altérations vasculaires ne sont pas moins importantes : les vaisseaux sont presque tous envahis par les cellules embryonnaires à des degrés divers, principalement dans leur tunique adventice. Pour quelques-uns l'irritation porte aussi manifestement sur la tunique interne dont les noyaux sont plus saillants et plus nombreux.

Les espaces lymphatiques participent à ces altérations générales du système vasculaire; sous la plèvre, autour des gros vaisseaux, on les voit dilatés, remplis de cellules granuleuses et quelquefois d'exsudats fibrino-leucocytiques.

La plèvre est épaissie, ses vaisseaux sont dilatés, bourrés de globules sanguins. Sa trame conjonctivo-élastique est infiltrée de cellules embryonnaires, quelquefois de grosses cellules granuleuses. Les fausses membranes ne sont pas nombreuses ni épaisses à sa surface libre, mais ainsi que nous l'avons dit, il existe des exsudats fibrineux dans son épaisseur et notamment dans les fentes lymphatiques.

Nous avons pris pour donner cette description les coupes portant sur les points où les lésions étaient le moins avancées;

en d'autres points, elles sont plus intenses, mais elles se présentent avec les mêmes aspects. Leur localisation par rapport aux éléments constitutifs du lobule devient seulement plus difficile, en raison de l'abondance et de la cohérence des éléments cellulaires.

En résumé, la description de ce fait diffère bien peu de celle d'une broncho-pneumonie subaiguë; nous avons observé, à la suite de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, des broncho-pneumonies subaiguës dont les lésions ne se distinguent pas de celles que nous venons de décrire par des traits bien essentiels.

Ce qu'il y a de particulier à la syphilis, c'est l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale, c'est la prédominance des lésions interstitielles, la tendance à une organisation plus rapide et à la sclérose, enfin l'intensité plus grande des lésions du système vasculaire. Cette tendance à l'organisation avait également beaucoup frappé Parrot, qui dit : la prolifération du tissu conjonctif interstitiel est le fait primitif et dominant, l'élément catarrhal est accessoire. Robin au contraire considérant la prolifération épithéliale comme le fait dominant, avait pensé à une induration épithéliomateuse du poumon. Nous croyons avec Parrot que les faits de ce genre sont de beaucoup les plus rares.

Comme on le voit, d'après les cas qu'il nous a été donné d'observer, on peut rencontrer les divers types de broncho-pneumonie syphilitique correspondant aux types analogues des broncho-pneumonies aiguës et subaiguës des autres maladies infectieuses. Nous ne les avons pas tous vus, c'est ainsi que notamment nous n'avons pas trouvé la forme à *noyaux disséminés* qui est décrite par les auteurs et qui est évidemment assez commune.

III. — Broncho-pneumonies avec hépatisation blanche sans dilatation des bronches.

De même pour les broncho-pneumonies de date plus ancienne, les variétés les plus communes ont fait défaut à nos recherches.

Nous voulons parler de cette lésion qui nous semble devoir correspondre à la *carnisation* des broncho-pneumonies non syphilitiques, et qui a été désignée du nom d'hépatisation blanche (Virchow). Tantôt semée dans le poumon sous forme de noyaux disséminés, tantôt pseudo-lobaire, tantôt occupant la partie postérieure des poumons sous forme de bande, cette lésion présente une coloration grise, rose, ou mieux rose-saumon, suivant l'expression de Parrot. C'est cette forme qu'il rapproche le plus volontiers de la pneumonie lobulaire : la description qu'il en donne se rapporte, en effet, à toutes les broncho-pneumonies, quelle que soit leur origine. *Les lésions*, dit Parrot, *occupent les parties déclives des lobes, en bande verticale, les lobules sont saillants, durs, distincts, d'une couleur grise ou rose-saumon.* C'est ce dernier caractère joint à l'intégrité relative des ganglions bronchiques, qui paraît à Parrot l'un des meilleurs signes différentiels. Nous n'insisterons pas davantage, mais nous croyons pouvoir dire avec MM. Paul et Emile Diday (1) que ces caractères sont suffisants pour établir des différences tranchées entre les pneumonies lobulaires de diverses natures et celles de la syphilis.

On observe même chez les mort-nés syphilitiques les deux variétés de broncho-pneumonie chronique si nettement distinctes d'après la prédominance des lésions dans les bronches ou dans le parenchyme pulmonaire. Nous venons de parler de cette variété la plus commune et partant, la plus étudiée. Nous n'y reviendrons pas et nous rappellerons seulement qu'elle peut, même chez les mort-nés syphilitiques, aller plus loin que la carnisation et aboutir à la formation de noyaux fibro-caséeux ou caséeux, véritables gommes qui en arrivent au ramollissement et à la fonte puriforme avec cavernes (Parrot). Ce sont ces lésions dégénératives si importantes et si caractéristiques qui justifient, à nos yeux, la distinction que nous avons établie entre cette forme et la précédente, laquelle n'en est pourtant qu'un degré moins avancé.

(1) *Dict. Encyclopédique*, pages 600 et suiv. Art. *Syphilis*.

IV. Broncho-pneumonies avec dilatation des bronches.

Les cas dans lesquels les lésions se localisent principalement dans les bronches sont plus rares ou tout au moins ont été plus rarement signalés. D'après le fait remarquable que nous avons eu l'occasion d'étudier, leur évolution se rapproche beaucoup des broncho-pneumonies avec dilatation des bronches qui viennent compliquer parfois les maladies infectieuses et qui continuent à évoluer après leur guérison. Il y a des différences notables pourtant, et nous les signalerons au cours de la description.

Obs. VI. — Ouint (Marie), 22 ans. Accouchement au 9e mois. L'accident initial n'a pas été remarqué : les premières manifestations secondaires ont été observées en avril 1885. La malade a fait deux séjours à l'hôpital (traitement spécifique).

Actuellement pas de manifestations syphilitiques. Accouchement à terme le 23 avril 1886. Très grande abondance des eaux de l'amnios. L'enfant, du sexe féminin, ne présente rien en apparence, si ce n'est un développement considérable de l'abdomen ; il est légèrement cyanosé ; pas de syphilides cutanées. Au moment de la naissance, il respire à peine ; on pratique la respiration artificielle qui ne donne pas de résultat : l'enfant fait toutes les deux ou trois minutes une longue inspiration, sorte de hoquet, et meurt au bout d'un quart d'heure environ.

A l'autopsie, le foie, la rate et les reins sont sains en apparence. Le péritoine renferme une grande quantité de liquide légèrement brunâtre. Les poumons offrent des lésions importantes.

Le lobe supérieur du poumon gauche a cinq ou six fois son volume normal et recouvre complètement le lobe inférieur. Sa surface offre de grosses vésicules ou poches saillantes qui le font ressembler à un rein kystique. Malgré l'épaississement de la plèvre on distingue facilement les cloisons qui les séparent. La coupe montre de grandes cavités ampullaires contenant un liquide fluide et un peu trouble : quelques-unes de ces cavités ont les dimensions d'une petite noisette, et paraissent arriver jusqu'à la plèvre.

D'autres sont beaucoup plus petites. Les cloisons qui les séparent

sont ordinairement très minces. La surface de ces cavités est lisse. Il reste des portions de poumon à peu près saines au sommet du lobe et dans sa partie médiastine. Ces poches kystiques ne communiquent pas toutes entre elles et paraissent se vider difficilement. Au hile du poumon les bronches paraissent normales ; la grosse bronche gauche est notablement plus longue que la bronche droite, probablemet à cause du poids du lobe kystique. C'est sans doute cet allongement qui amenait l'obstruction des bronches, car la lumière de celles que l'on peut inciser est libre. La trachée est normale. Le lobe inférieur gauche, et les lobes du poumon droit sont tassés comme chez un enfant qui n'a pas respiré, mais ils paraissent normaux. — L'examen histologique du contenu des cavités kystiques a montré des èpithéliums cylindriques à cils vibratiles en grand nombre ; des cellules plates, rondes ou globuleuses d'épithélium pulmonaire, libres ou adhérentes en plaquettes ; des leucocytes en petit nombre, et des masses assez considérables de détritus granuleux.

Examen du lobe kystique. — Les coupes faites après durcissement dans l'alcool absolu et colorées au picro-carminate d'ammoniaque montrent que les lésions sont celles de la broncho-pneumonie chronique avec dilatation des bronches et sclérose progressive du parenchyme pulmonaire. Les bronches à cartilages et même quelques bronches intra-lobulaires ont résisté au processus dans une certaine mesure.

Elles sont un peu dilatées, déformées quelquefois, mais toujours facilement reconnaissables. Les gros vaisseaux qui les accompagnent sont également dilatés, et leur tunique adventice est considérablement épaissie. Du reste, tout le tissu conjonctif s'est beaucoup développé : dense et serré autour des vaisseaux et des bronches, il est beaucoup plus lâche à une certaine distance du hile. Partout il contient un grand nombre de cellules embryonnaires rondes et fusiformes, plus abondantes en certains points, surtout à la périphérie des vaisseaux.

Les altérations s'accentuent lorsqu'on arrive aux bronches intralobulaires et au parenchyme pulmonaire. Les bronches intra-lobulaires ne sont pas toujours reconnaissables : il existe de vastes espaces vides dont la périphérie est constituée par des alvéoles tassés : çà et là on retrouve parfois des vestiges de la paroi bronchique avec l'épithélium caractéristique, qui indiquent que l'on a sous les yeux

une bronche dilatée et en grande partie détruite. Ailleurs il n'existe aucun vestige de la paroi, c'est seulement le vaisseau satellite de la bronche qui fait reconnaître la place qu'elle occupait ; elle est remplacée par un vaste espace à bords anfractueux constitués par les alvéoles pulmonaires. Enfin dans certains points, la bronche est seulement dilatée et déformée et l'on peut suivre ainsi les altérations progressives qui, commençant par la dilatation et la déformation des bronches, aboutissent en dernier terme à la formation de ces ampoules dont les parois sont formées, partie par les débris des parois bronchiques et partie par les alvéoles péribronchiques.

S'il y a travail d'ulcération, il ne s'observe pas ici avec la même netteté que dans les dilatations bronchiques d'une autre origine. Nous sommes portés à admettre qu'il a dû se produire en quelques points en raison de la constitution de la paroi des ampoules où l'on ne retrouve plus en beaucoup de points la paroi bronchique, mais seulement les cloisons des alvéoles tassés et refoulés. Il n'est pas rare de trouver dans l'épaisseur de ces parois des bronchioles acineuses qui n'ont pas été atteintes par le processus. Ce qui nous rend réservés au sujet du travail d'ulcération, c'est encore la grande quantité des épithéliums cylindriques à cils vibratiles constatés dans le liquide des cavités ampullaires. Le décollement des épithéliums empêche de reconnaître aussi facilement ce qui reste de la bronche dans la paroi de ces grandes cavités. Ici, en outre, le travail d'ulcération n'a pas les mêmes raisons de se produire que dans les autres broncho-pneumonies : le processus est surtout interstitiel, il atteint peu les surfaces épithéliales et se localise manifestement dans la trame conjonctivo-vasculaire, ainsi que cela paraît être la règle générale pour les broncho-pneumonies syphilitiques.

A un autre point de vue, l'examen de ce lobe est encore intéressant en ce qu'il nous prouve une fois de plus que c'est bien à la destruction des éléments contractiles qu'est due la dilatation des bronches. L'accumulation des produits de sécrétion ne joue son rôle que lorsque la paroi a déjà perdu de sa force de résistance. L'examen des autres portions du poumon, en *apparence saines*, va nous montrer les phases du début de cette dilatation.

Malgré une apparence extérieure tout à fait normale, l'examen histologique a montré des lésions déjà fort avancées.

Nous insisterons un peu sur leur description, car elles nous donnent de précieux renseignements sur la manière dont peut évoluer le processus broncho-pneumonique dans ces circonstances.

Comme dans l'autre poumon, les bronches principales ont assez bien résisté au processus : elles sont peu dilatées et déformées. Leur tunique adventice est seule épaissie et infiltrée de jeunes cellules : l'épithélium est parfaitement conservé. Au contraire, les bronches intralobulaires sont dilatées : leurs contours sont anfractueux. Quelques-unes commencent même à prendre la disposition ampulliforme si accusée sur le lobe le plus malade. A leur périphérie, les alvéoles sont refoulés et comprimés. Cette dilatation porte souvent sur les bronches acineuses les plus fines.

Les parois des alvéoles ne sont pas en général très épaissies : leur revêtement épithélial est normal. Leurs cavités contiennent peu de cellules desquamées. En plusieurs points cependant la sclérose s'étend aux parois alvéolaires qui montrent sur leur coupe de nombreuses jeunes cellules rondes et fusiformes. En résumé, on peut dire encore ici que le processus est surtout interstitiel : nous en voyons témoigner cette intégrité relative des revêtements épithéliaux des bronches et des alvéoles. Ce qui le confirme mieux encore, c'est l'intensité du processus inflammatoire dans les espaces conjonctifs du poumon. Nous avons déjà signalé l'épaississement scléreux de l'enveloppe externe des bronches : la même lésion s'observe à un plus haut degré encore dans la tunique adventice des artères qui présente une épaisseur considérable. Les gros vaisseaux n'offrent pas de tendance à l'oblitération et les lésions de l'endartère sont peu importantes : il n'en est pas de même pour les petits vaisseaux : plusieurs sont oblitérés ou en voie d'oblitération par le fait de l'endartérite. *Les lésions des artères contrastent avec l'état des veines :* celles-ci sont au contraire très dilatées, remplies de sang ; leurs parois sont très épaissies ; le développement considérable du système veineux ne s'observe pas seulement au voisinage des bronches, mais aussi dans les espaces conjonctifs périlobulaires où ces dilatations des veines avec sclérose de leurs parois sont des plus remarquables : des hémorrhagies interstitielles se sont produites en plusieurs points, et sous la plèvre, et dans les espaces conjonctifs intra-pulmonaires. La sclérose si considérable des espaces périlobulaires s'étend aussi dans l'intérieur du lobule,

sous forme de minces cloisons conjonctives périacineuses et interalvéolaires.

En résumé, nous nous trouvons ici en présence d'une broncho-pneumonie chronique avec sclérose, déformation et commencement de dilatation des bronches. Peu accusées encore sur les bronches à cartilages, les altérations prédominent dans les bronches lobulaires et intra-lobulaires ; elles diminuent de nouveau lorsqu'on arrive aux alvéoles qui participent beaucoup moins au processus. La sclérose prend un développement considérable dans tous les espaces conjonctifs péri-bronchiques et péri-lobulaires, autour des artères et des veines ; tandis que les artères tendent à s'oblitérer, les veines se congestionnent et se dilatent d'une manière remarquable.

Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue dans la littérature de la syphilis du nouveau-né. Mais il faut convenir que les faits de bronchectasie diffuse et de bronchectasie télangiectasique signalés chez des fœtus et des nouveau-nés par M. Grawitz (1) ressemblent beaucoup à celui que nous avons observé. L'auteur ne parle que d'ectasies kystiques sans mentionner la syphilis comme cause de ces lésions qui peuvent, en effet, avoir une autre étiologie. Nous rapporterons l'observation principale du travail de M. Grawitz ; elle offre avec la nôtre une ressemblance remarquable.

Observation de M. Grawitz (résumée). — Femme multipare, 4e enfant. Aucun antécédent morbide et en particulier *pas de signes de syphilis antérieure.* Accouchement normal. Le fœtus fait quelques mouvements respiratoires, sans résultat.

L'aspect du cadavre offre certaines particularités. Sa couleur est livide foncé, les lèvres sont violacées. Sur le visage on remarque de nombreuses taches rouge bleuâtre dont beaucoup sont confluentes. Une coupe à ce niveau montre qu'il y a une infiltration hémorrhagique. Œdème portant surtout sur la moitié droite du corps ; le côté gauche est également atteint, mais à moindre degré.

Dans le péritoine liquide brun clair.

Poumon gauche entièrement atélectasié. Son volume est normal,

(1) Grawitz. Arch. f. path. Anat. und Phys., t. LXXXII, p. 217.

les deux lobes sont réguliers, sa surface est humide, grenue ; rouge gris pâle. Plèvre vide.

Poumon droit normal dans ses deux lobes supérieurs, vide d'air. Le lobe inférieur, au contraire, offre au moins le volume d'un œuf de poule ; il représente un sac multiloculaire flasque, rempli d'un liquide clair et transparent. Une coupe faite dans la partie la plus élevée du sac montre près du hile un reste de tissu pulmonaire atélectasié, représentant une sorte de capuchon. La plèvre recouvre également ces deux parties ; à la périphérie de cette coupe on remarque quelques petites bulles du volume d'un alvéole quelque peu dilaté, et qui servent de transition entre la partie saine et la partie kystique. La paroi est épaisse de 1/2 centimètre, souple au toucher, et un peu rude ; elle est constituée par du tissu pulmonaire atélectasié, au voisinage du capuchon ; au niveau du lobe inférieur, elle est mince comme une feuille de papier. Sa surface est gris clair, lisse et humide. Du hile partent des lignes ramifiées dichotomiquement (qui paraissent des lymphatiques dilatés), lesquelles se rendent vers le fond du sac.

Dans la cavité pleurale un peu de liquide libre, pas d'adhérences.

Au niveau de la portion amincie de la paroi on excise un petit fragment ; on insuffle avec un tube, sans que l'air s'échappe par les bronches : la paroi est alors soulevée par une série de saillies molles qui forment des kystes, dont le volume varie d'un pois à une noisette.

On peut suivre les grosses bronches jusqu'à la poche *polykystique*. La pièce est mise à durcir dans l'acide chromique. Le liquide recueilli frais et examiné contient des détritus albuminoïdes finement grenus, des noyaux libres et de nombreuses cellules brillantes.

Le fragment excisé est recouvert d'épithélium cubique stratifié à cils vibratiles.

Diagnostic. Ascite et anasarque. — Hydrothorax droit. — Hémorrhagies de la peau. — Hémorrhagie méningée. — Bronchectasie kystique du lobe inférieur du poumon droit. — Cyanose généralisée.

D'autre part, M. Hiller (1) admet que la bronchectasie est un fait commun dans la syphilis et croit même que les prétendues

(1) Hiller. Ueber Lungensyphilis und syphilitische Phthisis (Charité Annalen, IV Jahr, p. 184).

cavernes de la phthisie syphilitique ne sont le plus souvent que des dilatations bronchiques.

D'autres auteurs, MM. Lancereaux (dès 1864), G. Homolle, Jullien, Sée et Talamon, Sokolowsky (1) insistent aussi sur l'importance des lésions bronchiques et broncho-pneumoniques dans la syphilis de l'adulte. Notre observation de dilatation kystique des bronches, tout en complétant à notre point de vue la description de la broncho-pneumonie syphilitique du nouveau-né, ne doit donc pas être considérée comme un fait anormal dans l'histoire de la syphilis pulmonaire. Ce qui est rare, c'est de voir, en pareilles circonstances, la bronchectasie atteindre ces proportions remarquables ; ce qui est rare aussi, c'est de voir la localisation des lésions d'emblée aussi fortement établie sur l'arbre bronchique, alors qu'elles atteignent moins le parenchyme.

LÉSIONS DE LA SYPHILIS PULMONAIRE AUX DIFFÉRENTS AGES.

L'évolution régulière de la syphilis, si remarquable chez l'adulte, subit cependant des modifications bien fréquentes. Chez le fœtus et le nouveau-né, l'évolution périodique est encore plus profondément bouleversée. Les lésions viscérales évoluent parallèlement aux lésions cutanées et paraissent même les précéder fréquemment. C'est une infection générale, qu'on a sous les yeux et qui procède en atteignant tous les tissus, mais *parfois sans déterminer des lésions apparentes*. Comme dans la plupart des maladies infectieuses, et à peu près suivant le même processus, les voies aériennes et les poumons sont atteints. La syphilis produit une broncho-pneumonie, qui, par son caractère et son évolution, se rapproche singulièrement des broncho-pneumonies des maladies infectieuses.

Nous n'avons pas à insister de nouveau sur les caractères différentiels qui sont propres à la broncho-pneumonie syphilitique. La tendance à l'organisation scléreuse rapide, les altérations des vaisseaux, l'intensité moindre des lésions épithé-

(1) Sokolowsky. Ueber Luetische Phthisis (Deutsch. med. Woch., 1883).

liales, etc... suffisent à lui donner une physionomie spéciale.

Elle peut être encore plus franchement accusée chez le fœtus que chez le nouveau-né qui a vécu quelques jours, et chez lequel les microbes introduits par la respiration ou la déglutition peuvent, jusqu'à un certain point, dénaturer le processus (1). Chez le fœtus, c'est l'infection syphilitique qui seule détermine les lésions.

Nous n'établirons qu'une rapide comparaison entre la syphilis pulmonaire du fœtus et la syphilis pulmonaire aux différents âges. Ainsi que l'a fait remarquer Parrot, elle prend plus nettement l'aspect broncho-pneumonique *chez les enfants qui ont respiré.* La distension du poumon rendant les lobules plus distincts, les noyaux de broncho-pneumonie apparaissent plus facilement soit à la surface, soit dans la profondeur du poumon. Mais la lésion offre en somme les mêmes caractères et la même évolution. Il faudra déterminer encore sans doute l'action des microbes introduits par la respiration ou la déglutition dans les voies aériennes, et savoir si cette action ne peut pas s'exercer de manière à modifier profondément les lésions.

On peut dire que, sauf rares exceptions, la syphilis pulmonaire de l'adulte est à la syphilis pulmonaire du fœtus et du nouveau-né ce qu'est la syphilis elle-même, envisagée d'une manière générale, à ces deux âges. Chez le fœtus et le nouveau-né elle se comporte souvent comme une maladie infectieuse à évolution aiguë ou subaiguë, elle provoque des inflammations diffuses de

(1) Voir sur ce sujet les thèses de M. Darier (De la broncho-pneumonie dans la diphtérie, Paris 1885), et de M. Dubreuilh (De la broncho-pneumonie cholérique, Paris, 1875), et enfin les recherches nouvelles de M. Darier (Soc. de Biol., 1885). Nous avons aussi recherché des microbes dans les sécrétions bronchiques d'un fœtus expulsé au sixième mois environ de la grossesse et dont voici l'observation en quelques lignes. — Guyon (Eva), 22 ans ; avortement vers le 6e mois de la grossesse après des métrorrhagies abondantes, la syphilis ne datant que d'un mois et demi environ. Le fœtus expulsé vivant a vécu pendant une dizaine d'heures. Deux heures après la mort, l'autopsie est faite : tous les organes sont sains en apparence. On recueille du mucus bronchique qui, après dessiccation, est coloré avec le violet d'Hoffmann : il contient des petits groupes peu nombreux de microcoques et de diplocoques.

tous les organes, de la peau, des muqueuses, particulièrement de la muqueuse des voies aériennes et du parenchyme pulmonaire. Chez l'adulte, tout en conservant les mêmes caractères généraux, la syphilis ne se comporte plus que très rarement comme une maladie infectieuse à déterminations rapidement généralisées et profondes. Les faits de *broncho-pneumonies aiguës syphilitiques* (1) chez l'adulte sont possibles, mais il faut reconnaître que les cas publiés jusqu'ici sont peut-être discutables et d'ailleurs peu nombreux. C'est plutôt à la période dite tertiaire que la syphilis menace le poumon; or, à ce moment, elle se comporte comme une maladie infectieuse à déterminations chroniques, à foyers inflammatoires disséminés; du côté des voies aériennes, elle produira des laryngites, des trachéo-bronchites, des gommes disséminées dans le poumon. A cette période pourtant, on retrouve encore nettement le processus broncho-pneumonique dans les manifestations pulmonaires de la syphilis.

Georges Homolle, dont nous partageons absolument l'opinion, admet même chez l'adulte à peu près les mêmes variétés que chez l'enfant. Il ne parle pas des cas à marche rapide, mais il reconnaît une forme de *broncho-pneumonie desquamative très analogue à la pneumonie blanche des nouveau-nés syphilitiques*. Cette variété, jointe à l'*altération identique à l'induration brune* dont il parle, nous semble correspondre à la carnisation des broncho-pneumonies non syphilitiques : dans ces cas, les lésions du parenchyme semblent prédominer.

Il admet aussi une *broncho-pneumonie scléreuse sans nodules caséeux ou gommeux*. C'est la broncho-pneumonie avec prédominance des lésions bronchiques, dans laquelle des manchons fibreux se formant autour des bronches de moyen calibre et autour des bronchioles, déterminent des sténoses et plus souvent des ectasies.

Enfin il admet une *broncho-pneumonie scléro-gommeuse*, la variété la plus commune peut-être de la syphilis pulmonaire

(1) Consulter la thèse de Carlier. Etude sur la Syph. pulm., Paris, 1882.

de l'adulte et certainement celle qui a été la plus étudiée. Cette forme peut prendre une grande extension, mais il est rare qu'elle affecte l'ensemble de l'appareil broncho-pulmonaire, en raison de la lenteur du développement des noyaux gommeux. Ordinairement ils se développent isolément, avec une certaine indépendance ; ils prennent les caractères des inflammations avec dégénérescence caséeuse et leurs caractères histologiques ressemblent à ceux des noyaux de tuberculose.

Nous ne voulons pas nous arrêter davantage sur ce parallèle qui mériterait de plus amples développements appuyés sur des recherches spéciales. Il nous semble qu'on peut dire, sans forcer les analogies, que la syphilis pulmonaire est à peu près identique aux différents âges. Elle réalise, avec des modifications qui lui sont propres, le processus des inflammations broncho-pneumoniques commun à toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques, rougeole ou diphtérie, tuberculose ou syphilis.

DE LA RESTAURATION DES PAUPIÈRES

PAR LA GREFFE CUTANÉE

Par MM. les docteurs **Abadie** et **Valude**

Les brûlures graves et étendues du visage, qui si souvent atteignent les enfants abandonnés trop complètement à eux-mêmes, peuvent entraîner à leur suite deux états cicatriciels différents, au point de vue de l'opération qu'il convient de leur opposer.

La situation la plus simple et la plus favorable est celle dans laquelle les paupières, transformées en tissu de cicatrice et retournées en ectropion, sont avoisinées par une étendue de peau saine, suffisante pour leur être substituée. En pareille circonstance, la blépharoplastie simple par glissement ou torsion des lambeaux amène la disparition de la difformité.

Le second cas, qui est celui que seul nous envisageons ici, est tel que la surface cutanée de la face entière, ou du moins des parties qui entourent l'œil, est transformée en tissu de cicatrice : immobile, rétractée, inextensible. Les paupières sont renversées, et ordinairement en état d'ectropion très prononcé ; la peau du front, celle de la tempe et de la joue, est cicatricielle, dure, invasculaire, collée et adhérente aux parties dures profondes. Il est impossible de songer à disséquer et à mobiliser cette peau, de manière à pouvoir y tailler des lambeaux.

C'est pour ces circonstances, où la réparation des paupières en état d'ectropion ne peut avoir lieu aux dépens de parties cutanées voisines, que la méthode des greffes a été imaginée.

Cette méthode, dite de réparation à distance, comprend trois modalités :

1° La *Greffe épidermique* qui se propose de transplanter seulement la couche la plus superficielle de l'épiderme, et qui a eu pour défenseurs Fiddes et Marc Sée.

2° La *Greffe dermique* imaginée par Reverdin en 1869, et qui servit de point de départ à toutes les recherches actuelles sur les greffes animales. La greffe dermique comprend dans sa composition le réseau malpighien de l'épiderme et le corps papillaire du derme : elle a pour but de provoquer par sa présence l'éclosion d'un travail cicatriciel à la surface d'une plaie bourgeonnante, *que d'ailleurs elle ne couvre pas entièrement.*

3° La *Greffe cutanée*. Cette, greffe qu'on a nommée aussi *dermo-épidermique*, comprend toute l'épaisseur de la peau hormis le tissu graisseux sous dermique ; elle fut imaginée par Ollier pour combler *en totalité* les pertes de substance produites par une opération.

C'est cette greffe cutanée que nous avons en vue ici, précisément dans cette application spéciale.

Voici, à l'appui de ce procédé de greffe cutanée, deux observations de restauration des paupiéres pratiquée consécutivement à des brûlures graves et étendues de la face.

OBSERVATION I.

Recueillie dans le service de M le Dr de Saint-Germain par M. Didier, interne des hôpitaux.

L... (Jeanne), âgée de 9 ans, entre, le 7 juillet 1886, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Pauline, n° 14.

A l'âge de 2 ans, elle avait eu la figure complètement brûlée avec du bouillon.

État actuel. — Les téguments du cuir chevelu et de la face, surtout dans la moitié supérieure, sont le siège d'une vaste cicatrice adhérente aux parties osseuses profondes. Les cheveux sont tombés en grande partie surtout du côté droit. La surface cutanée est blanche, unie, lisse et mince, comme si elle était collée à la surface osseuse sous-jacente. Elle semble tiraillée par places et fait complètement corps avec les os.

Il existe un ectropion double de chaque côté.

Œil droit. — Le sourcil a disparu; il n'en existe aucune trace. Les cils de la paupière supérieure manquent également dans les deux tiers internes, et ceux qui restent à la partie externe ont diminué de nombre.

La paupière supérieure est retournée en état d'ectropion, accusé surtout en dehors, où il mesure un demi-centimètre environ.

A la paupière inférieure, la difformité est plus marquée, la doublure conjonctivale est rouge et ulcérée par places.

L'éversion palpébrale entraîne un épiphora continuel qui s'augmente encore du fait du rétrécissement du conduit lacrymal,

La cornée est dépolie dans son tiers inférieur et présente en ce point deux petites ulcérations; la vision est encore cependant assez bonne de ce côté.

Dans cet état, les paupières, ou mieux, ce qui en reste, forment un tissu cicatriciel immobile et impossible à mobiliser· à peine vers le tiers externe de la paupière supérieure peut on faire exécuter au bourgeon cutané quelques mouvements de va-et-vient.

Œil gauche. — Les sourcils et les cils sont détruits, comme précédemment.

La paupière supérieure forme un ectropion très prononcé, plus prononcé que du côté droit, et est tout entière transformée en tissu de cicatrice : la muqueuse conjonctivale qui la double est tomenteuse, rouge, et ulcérée.

La paupière inférieure est tordue de manière à se renverser en dehors dans son tiers externe seulement; il en résulte une éversion moindre des points lacrymaux et un larmoiement plus atténué. Mais cet état de choses est remplacé par un catarrhe purulent du sac lacrymal; la pression digitale fait sourdre une goutte de muco-pus hors des points lacrymaux.

Les lésions cornéennes sont plus graves que sur l'œil droit. Le centre est opacifié complètement et toute la surface de la cornée est garnie d'ulcérations. La vision est très diminuée, et si l'enfant peut encore distinguer la lumière, il est incapable de reconnaître les objets.

En somme, l'état de l'œil gauche est beaucoup plus sérieux que celui de l'œil droit.

Opération. — M. Abadie, à qui M. de Saint-Germain a bien voulu confier le rôle d'opérateur, décide de pratiquer à cette enfant une double greffe cutanée; d'abord à l'œil gauche, puis plus tard à l'œil droit.

A cet effet, l'enfant est baignée la veille de l'opération; puis, au sortir du bain, le bras qui doit fournir la greffe est lavé au savon noir et emmailloté dans des compresses trempées dans une solution boriquée à 3 0/0.

Le 29 *juillet*, l'opération est pratiquée.

M. Abadie trace sur une feuille de papier le contour du lambeau destiné à reformer la paupière supérieure. Le tracé a la forme d'une ellipse ayant 4 centimètres et demi de grand axe et 3 centimètres de petit axe.

Une incision transversale, mais légèrement concave en bas, est tracée à quelques millimètres du bord de la paupière supérieure; la libération de la lèvre supérieure amène l'écartement des deux bords de l'incision. Une fois la libération de la

paupière supérieure suffisamment obtenue, M. Abadie pratique la tarsorrhaphie médiane des deux paupières, à l'aide de deux points de suture seulement.

C'est alors qu'il trace sur la région dorsale de l'avant-bras gauche un lambeau cutané, dont la forme et les dimensions reproduisent exactement l'ellipse découpée précédemment.

La dissection de ce lambeau est vite pratiquée, mais avec cette précaution indispensable de ne pas emporter en même temps le pannicule graisseux sous-cutané. Le lambeau elliptique ainsi détaché est immédiatement porté en place, et appliqué sur la perte de substance avivée de la paupière supérieure, qu'il recouvre, et à laquelle il s'adapte parfaitement.

Dix points de suture à la soie phéniquée maintiennent les bords en contact.

La plaie est recouverte d'une rondelle de lint antiseptique enduit de vaseline boriquée. Compression.

Le soir de l'opération et les journées suivantes se passent dans un calme entretenu par des prises de sirop de morphine. — Pas de douleurs dans l'œil. Température 38°,3; 37,°1; 37°,6.

Le 31 *juillet*, surlendemain de l'opération, le pansement est renouvelé pour la première fois.

La levée du pansement est faite avec précaution, pour ne pas déranger la coaptation du lambeau. Celui-ci offre sur toute son étendue une teinte bleuâtre. Les bords ne sont ni rouges, ni décollés; la réaction locale est nulle; il n'existe aucun gonflement de voisinage. Le pansement n'est pas souillé de pus.

1er *août*. Une petite gouttelette de pus est découverte dans l'angle interne de l'œil; elle vient probablement du sac lacrymal.

2 *août*. Le lambeau est moins bleuâtre; il est parfaitement adhérent, sauf en quelques points de son bord interne, qui sont décollés.

Mais il n'existe aucune trace de tuméfaction inflammatoire. On remarque seulement un peu d'exfoliation épidermique aux environs du bord externe.

On enlève les deux fils qui formaient la tarsorrhaphie et trois points de la suture du lambeau : deux fils de la partie interne, et un de la partie supérieure.

Même pansement, additionné de poudre d'iodoforme.

3 *août*. Ce jour-là, cinquième jour après l'opération, on enlève le reste des points de suture. Le lambeau est parfaitement pris et n'offre par ses bords aucune tendance à la désunion. Même pansement.

L'enfant, qui était restée tranquille jusque-là, a crié, a remué toute la journée.

Le soir on constate que la partie interne du lambeau s'est quelque peu décollée. La surface granuleuse saignante a été mise à nu sur une étendue d'un demi-centimètre, et, à ce niveau, le lambeau s'est replié sur lui-même.

L'adhérence semble aussi moins parfaite sur le reste de la circonférence.

4 *août*. Le lambeau est encore revenu sur lui-même d'une quantité plus grande. Il offre en dedans un pli vertical et tend, à ce niveau, à se décoller complètement. Cependant, en dehors, et en haut, il tient très bien.

Le soir, le phénomène s'est encore accusé ; la partie interne du lambeau est tout à fait mobile.

6 *août*. La portion interne du lambeau s'est éliminée dans une petite partie, mais le reste est parfaitement adhérent.

De ce jour, tout marche à souhait vers la cicatrisation et la guérison.

Le 8. Il n'y a déjà plus de sécrétion à la surface du pansement.

Le 12. La cicatrisation est presque complète sur toute la surface de la paupière.

Le 13. On commence à ne pratiquer le pansement que tous les deux jours.

Le 20. La cicatrisation est complète.

21 *septembre*. M. Abadie entreprend de la même manière la restauration de la paupière supérieure de l'œil droit.

Le manuel opératoire précédemment décrit est exactement

observé, mais le dégraissage du lambeau est obtenu plus facilement que la première fois. En effet, M. Abadie avait, lors de la première opération, d'abord disséqué, puis dégraissé le lambeau, ce qui était assez long; à la seconde, il dégraissa tout en disséquant, ce qui réduisit à un temps l'opération d'enlèvement du lambeau et rendit cet acte opératoire à la fois plus simple et moins long.

Pansement à la vaseline boriquée. Le troisième jour après l'opération on enlève quelques fils, les autres sont enlevés le septième jour.

Le lambeau a pris dans toute son étendue et il n'y a eu de sphacèle en aucun point; seul l'épiderme s'est exfolié.

Actuellement, la cicatrisation est pour ainsi dire complète.

Observation II.

Recueillie à la clinique de M. Abadie, par M. Darier, chef de clinique.

G... (Charles), 16 ans 1/2, demeurant avenue de Clichy, 107.

Vers l'âge d'un an, alors qu'il était en nourrice dans une ferme de Picardie, il est tombé de sa chaise sur un poêle très chaud. Il s'est brûlé les deux paupières, supérieure et inférieure droites, la supérieure presque complètement; la brûlure s'étendait à la partie latérale droite et au dos du nez. L'œil n'avait pas été atteint.

Une fois la cicatrisation achevée, la paupière supérieure apparut complètement rétractée et montrant sa face muqueuse. La paupière inférieure était seulement renversée légèrement en dehors. Elle présentait un léger degré d'ectropion, plus accentué à la partie interne près du grand angle de l'œil. La cicatrisation avait été longue (7 ou 8 mois), l'œil restait à découvert, exposé à de fréquentes inflammations qui disparaissaient par les lavages à l'eau fraîche. Larmoiement continuel et trè- gênant.

A partir de l'âge de 5 à 6 ans, les accidents inflammatoires deviennent plus rares.

Au mois de mars 1884, *opération faite par M. Schwartz.* — Restauration bornée à la paupière supérieure. Après chloroformisation, on taille sur la tempe un lambeau triangulaire, à sommet dirigé en haut et en dedans. On le rabat ensuite et on l'applique au-dessous de l'arcade sourcillière, puis on le fixe à l'aide de fils de soie. Pas de suture au niveau du lambeau enlevé à la tempe. Tarsorraphie. Pansement phéniqué. Au bout de quelques jours, la réunion était complète partout. Le malade sort le quinzième jour après l'opération. A ce moment la plaie de la tempe était bourgeonnante. On la cautérisait au nitrate d'argent et on la recouvrait de bandelettes de diachylon. Ce n'est guère qu'un mois et demi après, que la cicatrisation fut complète. Le malade se sentait amélioré. Cependant le larmoiement persistait à cause de l'ectropion de la paupière inférieure.

Il vint alors à la clinique du D[r] Abadie se faire passer des sondes dans les conduits lacrymaux pendant quinze jours. A ce moment, M. Abadie lui propose de restaurer la paupière inférieure et de compléter la supérieure. Mais le malade ne revint pas.

Au mois de juin 1886, à la suite d'introduction de poussières dans l'œil, survint une conjonctivite violente à droite, et des lésions superficielles de la cornée apparurent qui troublèrent considérablement la vue. Larmoiement, photophobie. Le malade revient effrayé, croyant sa vue perdue. M. Abadie lui propose la restauration de ses paupières, comme unique moyen d'arrêter l'extension des accidents.

Opération le 26 *juin* 1886. — A ce moment, voici quel était son état :

La paupière supérieure, malgré le lambeau ajouté, est trop petite pour recouvrir le globe oculaire. Elle est plus épaisse que normalement et on aperçoit les contours du lambeau. Quand le malade fait des efforts pour fermer l'œil, la muqueuse palpébrale s'abaisse et vient à chaque clignement faire hernie sous forme d'un bourrelet rougeâtre, qui constitue une sorte de paupière muqueuse, n'arrivant pas tout à fait à l'œil. La

paupière inférieure est légèrement ectropionnée, surtout en dedans.

M. Abadie se propose de faire deux choses :

1° Compléter par un nouveau lambeau la paupière supérieure ; 2° relever la paupière inférieure.

Pour la paupière supérieure, malgré la présence de l'ancienne cicatrice, il peut prendre un lambeau fronto-temporal suffisant. Mais pour la paupière inférieure, il ne pouvait guère songer à l'autoplastie par glissement, à cause des cicatrices qui eussent été par trop disgracieuses. C'est alors qu'il eut l'idée de prendre un lambeau à la face externe de l'avant-bras. Au début, il comptait le laisser adhérent par un pédicule, pour assurer sa vitalité pendant quelques jours, et le détacher ensuite. Mais devant la difficulté de maintenir le bras rapproché de la tête, il y renonce et se décide pour la transplantation pure et simple.

— Dans un premier temps, libération de la paupière supérieure, avivement du bord ciliaire et suture (tarsorraphie). Dans un deuxième temps, taille, au-dessus du sourcil, d'un lambeau triangulaire, qui est rabattu en bas en le faisant tourner sur son pédicule. On suture les deux bords de la plaie créée par l'ablation du lambeau et on passe à la paupière inférieure, après avoir eu soin de comprimer méthodiquement avec une éponge, le lambeau et la paupière supérieure, pour prévenir l'épanchement de sang sous le lambeau qui eut été soulevé.

Même marche que précédemment. Libération de la paupière; et pour combler le vide, M. Abadie taille à la face externe de l'avant-bras un lambeau ovalaire de 4 centimètres de long environ sur 2 de large. Il a soin de bien dégraisser la face profonde, et d'éviter toute perforation, tout en opérant, le plus rapidement possible. Immédiatement après, le bandeau enlevé est rattaché par six points de suture aux bords de la plaie de la paupière inférieure. Il ne reste plus qu'à faire le pansement. Compresses de lint boraté, enduites de vaseline boriquée; ouate hydrophile et légère compression avec bande

de coton, pour prévenir l'épanchement du sang sous les lambeaux.

— Le lendemain pas de réaction inflammatoire; on se borne à renouveler le pansement. Le lambeau rapporté a bon aspect. Cependant les jours suivants, à la partie interne, il présente un léger degré d'exfoliation épidermique.

Au bout de huit jours la réunion est parfaite, aussi bien à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Le lambeau rapporté est complètement soudé. Quand on le touche avec la tête d'une épingle, il est sensible. Seulement il s'est rétracté beaucoup; néanmoins, il est largement suffisant.

Vers le quinzième jour, on enlève les fils qui unissent les paupières, en commençant d'abord par la partie interne de la fente palpébrale. On peut déjà se rendre compte de l'amélioration des lésions cornéennes.

Les jours suivants, on augmente l'ouverture de la fente palpébrale, sans toutefois la fendre dans toute son étendue.

Un mois après, le larmoiement a totalement disparu. Les lésions de la cornée, qui menaçaient la vision, sont réparées. Plus de photophobie, ni de douleurs. Le malade peut fermer complètement ses paupières.

Au point de vue plastique, le résultat, surtout à la paupière inférieure, est très satisfaisant.

Telles sont nos deux observations. Elles enregistrent, on le voit, un double succès pour la méthode des greffes cutanées à distance.

Quelles sont donc les indications spéciales de ces greffes, et les conditions les plus favorables à leur application et leur réussite ?

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

DE LA TRACHÉOTOMIE

CHEZ LES TRÈS JEUNES ENFANTS

Monsieur,

Dans un des derniers numéros de votre estimable journal, je lis la relation d'un cas de trachéotomie chez un enfant de 11 mois et 10 jours, suivie de guérison. M. Geffrier rappelle à l'occasion de son observation deux autres cas de trachéotomie suivie de guérison, un de M. de Saint-Germain chez un enfant d'un an, un autre de M. Cuffer chez un enfant de 14 mois. A ces 3 cas, permettez-moi d'en ajouter un quatrième, qui m'est personnel.

Lucie M..., née le 26 novembre 1884, entre le 29 novembre 1885, à l'hôpital Necker, salle Sainte-Adélaïde, n° 19. Hier 28, la mère, qui nourrissait son enfant au sein, a remarqué que sa voix était enrouée : la nuit du 28 au 29 l'enfant est restée sans sommeil. Le 29 au matin, un médecin appelé prescrivit un vomitif à la suite duquel l'enfant est tombée dans un abattement très marqué. L'état s'aggravant progressivement, la mère nous l'amène le 29 à 5 heures du soir en nous priant de l'opérer. Les respirations sont fréquentes, pénibles, bruyantes et s'accompagnent d'un tirage sus-sternal marqué. La toux est rauque et voilée. Les deux amygdales sont couvertes de fausses membranes. Le teint cependant n'est pas très altéré et l'enfant est bien constitué.

Vu le jeune âge d'une part, l'absence d'accès de suffocation d'autre part, nous refusons à la mère l'opération immédiate.

Pendant la nuit qui suit, à 4 heures du matin, l'infirmière vient nous chercher. La mère réclame à tout prix l'opération.

L'enfant a eu plusieurs accès de suffocation. Son état s'est très aggravé. Il a du tirage sus et sous-sternal très marqué, une légère

teinte cyanique. Nous le plaçons sur une table, le cou sur une bouteille roulée dans une alèze. Puis saisissant entre le pouce et le médius le larynx que nous attirons en avant le plus possible, ce qui n'est déjà pas très facile vu le gonflement du cou et l'épaisseur du pannicule adipeux, nous faisons un peu au-dessous du cartilage thyroïde, *seule partie facilement reconnaissable au palper*, et sans nous occuper du tubercule du cricoïde qu'il nous est impossible de sentir, une *incision médiane et verticale* de 2 cent. 1/2 à 3 cent. environ. La peau et le tissu cellulo-adipeux incisés, nous cherchons avec l'index gauche la trachée pendant que le médius et le pouce continuent à attirer le larynx en avant; ne sentant nettement que la partie inférieure du thyroïde qui occupe l'angle supérieur de notre incision, nous faisons au-dessous, en limitant la pointe de notre bistouri, une incision de 1 cent. 1/2 à 2 cent. sans être absolument sûr d'avoir incisé la trachée. L'air sort.

Nous plaçons un dilatateur, asseyons l'enfant et glissons la canule sur le dilatateur. Pendant cette opération plus courte à faire qu'à raconter, l'enfant n'a pas perdu de sang. Dans les instants qui suivent il crache par la canule des fausses membranes, est un peu soulagé et prend le sein.

Le 30 novembre et le 1er décembre, il continue à cracher des fausses membranes. Dans la nuit du 1er au 2, le rejet des fausses membranes cesse et la respiration, jusque là précipitée, se calme.

Le 4 décembre, nous enlevons la canule pendant vingt minutes en amusant l'enfant; au bout de ce temps il crie et est pris d'un accès de suffocation.

Le 5 décembre, nous enlevons définitivement la canule.

Le 10, la plaie est fermée et l'enfant va bien. Il sort quelque temps après, guéri.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, l'enfant a pris du lait coupé avec de l'eau pannée en même temps que le sein. Du 1er au 7 décembre la mère a eu de l'angine diphtéritique qui a parfaitement guéri.

Nous ferons remarquer à propos du manuel opératoire que, non seulement nous n'avons pas reconnu le tubercule antérieur du cricoïde à travers la peau, comme l'a fait M. Geffrier plus heureux que nous, mais que, même la peau incisée, on n'avait aucune sensation bien nette. C'est là, si nous en croyons nos

souvenirs de trachéotomies faites à l'hôpital Trousseau chez des enfants au-dessous de deux ans, ce qui arrive ordinairement en pareil cas, pour peu que le cou soit gros et gonflé, ce qui est fréquent. Le meilleur guide, en pareil cas, est une ligne étendue du cartilage thyroïde à la fourchette sternale; qu'on fasse sur cette ligne immédiatement au-dessous du thyroïde une incision médiane et *verticale* et l'on est sûr, si l'on reste bien dans le plan médian et si on a soin de maintenir le *larynx fixé et énucléé* en avant à l'aide du médius et du pouce gauche, d'arriver assez facilement et rapidement sur la trachée.

Grâce à cette simple précaution, nous avons toujours pu terminer rapidement et heureusement les trachéotomies que nous avons faites chez des enfants, au-dessous d'un an et demi, alors même que l'on ne sentait nettement ni leur trachée, ni même leur cartilage cricoïde, ce qui, nous le répétons, arrive quelquefois à cet âge.

Des 5 autres trachéotomies faites de 18 mois à au-dessous que nous retrouvons dans nos notes, une seule a guéri. C'est une fillette de 18 mois que nous avons opérée le 15 août 1884 à l'hôpital Trousseau. En se reportant donc aux trachéotomies faites par nous chez des enfants ayant au plus un an et demi, nous trouvons sur 6 trachéotomies 2 guérisons.

Tels sont les cas que nous avons observés. En les publiant, nous n'avons d'autre but que d'apporter des faits à l'appui de l'opinion émise par M. Geffrier, qui ne considère pas comme une contre-indication à la trachéotomie l'âge au-dessous de deux ans, pour peu que l'enfant soit vigoureux, sans complication grave et surtout s'il est nourri au sein.

Agréez, Monsieur, etc.

H. HARTMANN,
Prosecteur à la Faculté.

REVUES DIVERSES

Zur Pathologie der Meningitis cerebrospinalis (De la pathologie de la méningite cérébro-spinale), par le professeur E. Henoch (*Charité-Annalen*, t. XI, 1886; *Schmidt's Iahrbuch.*, n° 8, 1886). — L'auteur décrit sous le nom de méningite cérébro-spinale une forme particulière de méningite simple, non tuberculeuse, qui est plus fréquente dans l'enfance qu'on ne l'admet généralement, dont l'étude est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic et dont la caractéristique réside non seulement dans sa marche à longue durée, mais aussi dans l'alternative d'amélioration et d'aggravation de ses symptômes, alternative qui le plus souvent laisse le médecin pendant un temps très long en suspens entre la crainte et l'espoir. L'évolution des cas de ce genre est généralement la suivante : les enfants jusque-là bien portants présentent tout d'un coup une fièvre vive qui persiste les jours suivants avec de faibles rémisions matinales, une céphalalgie intense, fréquemment des vomissements, et une raideur de la nuque plus ou moins considérable et plus ou moins douloureuse, plus rarement enfin de la contracture des muscles des extrémités et de l'hyperesthésie cutanée. Au bout de deux semaines à peu près, la fièvre cesse, les autres symptômes disparaissent également et tout paraît vouloir marcher à souhait, mais néanmoins la raideur de la nuque, tout en étant moins considérable, ne disparaît pas complètement et témoigne ainsi de la persistance de la maladie.

Après un intervalle, le plus souvent de courte durée (de 24 heures à plusieurs jours), la fièvre réapparaît à nouveau, l'état général devient plus mauvais, les douleurs de tête et la raideur de la nuque reprennent leur intensité première.

Ces rémissions et ces exacerbations peuvent se répéter plusieurs fois dans le cours de la même semaine, le plus souvent le médecin est pris de doutes au sujet du diagnostic exact qu'il a posé au début de la maladie, il songe de plus en plus à la méningite tuberculeuse, mais cependant l'état du malade s'améliore de nouveau progressivement et au bout de sept à dix semaines, et même plus, survient la

guérison définitive. L'auteur n'a jamais observé de cas de ce genre qui se soit terminé par la mort.

La véritable nature de cette méningite ne nous est guère connue jusqu'ici. Le traitement n'a aucune influence sur la marche de la maladie ; M. Henoch insiste particulièrement sur ce point. Au point de vue anatomo-pathologique, il semble qu'on ait affaire à un processus qui, d'après ses symptômes, envahit les méninges du cerveau et moins celles de la moelle épinière.

L'étiologie de ces cas est toujours très obscure; nous ignorons surtout quels sont leurs rapports avec la méningite cérébro-spinale de nature infectieuse. Cette dernière peut évoluer, sans aucun doute, avec les symptômes esquissés ci-dessus. M. Henoch a eu l'occasion de vérifier ce fait dans plusieurs cas survenus à Berlin pendant l'épidémie qui a sévi dans cette ville au printemps de 1885. Mais il est néanmoins impossible de ranger tous les cas de ce genre dans la méningite cérébro-spinale infectieuse.

La maladie n'affecte pas toujours cette marche lente qui lui semble spéciale. En effet, l'auteur communique l'observation de deux enfants (deux frères) qui ont présenté le type de la forme « aiguë » et « foudroyante ».

M. Henoch décrit ensuite en peu de mots ce qu'il appelle le « symptôme de Kernig ». Celui-ci consiste en une contracture des fléchisseurs au niveau de l'articulation du genou pendant que la cuisse est maintenue dans la flexion sur le bas ventre. Il a eu l'occasion d'observer ce fait chez plusieurs malades atteints de méningite.

Enfin l'auteur communique une observation de méningite de la base en rapport avec une otite moyenne purulente. A l'autopsie de cet enfant on trouva tous les ventricules remplis d'une quantité très considérable de pus jaune, liquide, sans que pendant la vie, rien n'ait pu faire soupçonner une accumulation de liquide aussi exceptionnelle dans les ventricules cérébraux.

Ein complicirter Fall van Kinderparalyse (Un cas compliqué de paralysie infantile), par W. Ignatieff (*Medic. Obosren*, t. XXIII; *Jahrb für Kinderheilkunde*, t. XXV, fasc. 1 et 2).— A la suite d'un refroidissement, une petite fille, âgée de 2 ans, fut atteinte de fièvre vive, de perte de connaissance et de convulsions. Le lendemain, les parent

de la fillette s'aperçurent que sa face était contractée, et les deux extrémités du côté droit paralysées. Quelque temps après, la paralysie diminua un peu au niveau de la jambe, mais la face et le bras restèrent dans le même état. L'auteur vit l'enfant trois mois après le début de la maladie et put faire les constatations suivantes : claudication légère par suite de l'élévation du talon droit et de la contracture des muscles du mollet, paralysie totale du bras droit. Sensibilité normale. Abolition des réflexes au niveau de l'extrémité supérieure du côté droit. Réflexes normaux sur la jambe droite. Contractilité électrique conservée au niveau de la jambe; dégénérescence musculaire du bras droit.

Asymétrie de la face par suite de la paralysie du facial droit : lagophthalmus, déviation de la langue et de la luette à gauche, réaction de dégénérescence à ce niveau. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux ; pertes blanches; anémie.

Il importe de remarquer en outre, au point de vue étiologique, qu'i n'existait aucune trace ni de syphilis, ni de traumatisme, ni d'otite ou de parotidite.

L'auteur croit qu'il s'agit dans ce cas d'une polymyélite antérieure aiguë ; mais il est difficile d'expliquer la paralysie faciale. Il n'existe dans la littérature qu'un très petit nombre d'observations (Henoch, Seeligmüller), dans lesquelles la paralysie des extrémités se trouvait associée à une paralysie faciale, et on est en droit de supposer que le processus pathologique ne se localise pas seulement, dans certaines circonstances, à la moelle, mais envahit également le cerveau. Dans le cas actuel cependant, cette hypothèse ne parait point devoir être acceptée, car la paralysie faciale a été seulement de nature périphérique. Il est, par ce fait, plus rationnel de considérer cette dernière comme une simple complication de la polymyélite antérieure aiguë.

Geschwulst im Cerebellum ; Eigenthümliche Flexionscontractur in den Kniegelenken (Tumeur cérébelleuse ; contracture particulière des fléchisseurs au niveau de l'articulation du genou), par le Prof. E. Bull.(*Worsk Mag. S. Lägevidensk.*, 3 R, XV, n° 8, 1885; *Iahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XV, fasc. 1 et 2.) — Un garçon de 11 ans, bien portant, présentait depuis 2 ans une céphalalgie violente, survenant par accès, localisée particulièrement dans la région temporale droite ; en

même temps il se plaignait de douleurs vives dans le dos. Au bout de quelque temps, s'ajoutèrent à ces symptômes morbides des étourdissements et des attaques pendant lesquelles le malade se trouvait dans l'impossibilité de se tenir sur ses jambes, souffrait vivement dans toute la moitié droite de la face, se roulait sur le côté droit du corps et présentait des mouvements convulsifs dans l'épaule droite. Pendant ces attaques, les globes oculaires étaient déviés à droite, les pupilles dilatées, la face rouge, congestionnée, couverte de sueur ; en outre, la tête était tournée à droite, la respiration ralentie et irrégulière. Les attaques duraient près de 10 minutes et devenaient de plus en plus intenses. Pas de paralysie des membres, aucun trouble de la sensibilité. Les réflexes cutanés paraissaient normaux, mais, par contre, le réflexe rotulien était aboli ; aucune douleur au niveau des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. Dans l'intervalle des attaques, marche chancelante et incertaine ; dépression psychique, amblyopie et, plus tard, amaurose, atrophie du nerf optique des deux côtés. L'ouïe avait diminué ; bourdonnements dans l'oreille droite. A diverses reprises, vomissements ; la constipation était habituelle.

Lorsque le malade se trouvait assis sur le bord du lit, il lui était impossible de mettre les jambes en extension ; le même fait se reproduisait lorsqu'il était couché sur l'un des côtés, en tenant les cuisses fléchies à angle droit sur le bas-ventre. Lorsqu'il était debout, ou se tenait couché sur le dos en étendant les jambes, on ne retrouvait aucune trace de contracture. La contracture persistait aussi longtemps que les cuisses se trouvaient fléchies ; elle cessait dès que celles-ci étaient replacées dans l'extension. Plus tard apparurent, en outre, des contractures dans les muscles de la nuque et, pendant la durée des attaques, des convulsions au niveau du tronc et des extrémités. Toute la maladie évolua sans aucun mouvement fébrile ; la mort survint enfin dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva dans le cervelet une tumeur du volume d'un œuf de poule, située principalement dans la moitié droite de l'organe, mais se prolongeant également quelque peu du côté gauche. Dans la masse cérébelleuse située au-dessus de la tumeur, on trouva des tubercules miliaires ; en outre, hydrocéphalie. A l'examen microscopique de la tumeur, on y constata la présence de tubercules, de myéloplaxes et de bacilles.

Suivant l'auteur, la contracture des fléchisseurs au niveau de l'articulation du genou, n'a aucune signification pathognomonique ; on

l'a observée dans diverses affections accompagnées de compression cérébrale. Peut-être peut-on, grâce à cette contracture, soupçonner l'existence d'une affection cérébrale, à un moment rapproché du début de la maladie, où il n'existait encore aucun autre symptôme particulier.

Eigenthümlicher Fall von Hirnleiden bei einem 2 Jahre alten Kinde (Cas particulier d'affection cérébrale chez un enfant âgé de 2 ans), par P. Silfverskiöld (Eira, IX. 5; *Jahrbuch. für Kinderheilkunde*, t. XXV, fasc. 1 et 2). — Le lendemain du début d'une éruption rubéolique, un petit garçon de trois ans présenta des mouvements convulsifs qui, localisés primitivement dans les mains, envahirent peu à peu la face, le cou, le dos, le thorax et l'abdomen. Tous les muscles de la face, y compris la langue, prirent part à ces convulsions cloniques, mais la déglutition resta intacte. Les yeux étaient immobiles, sans expression, les pupilles uniformément dilatées. Les convulsions cloniques s'étaient étendues à toute la moitié supérieure du corps, les jambes seules restaient immobiles. Pas d'incontinence d'urine ni de matières fécales. La respiration était saccadée, haletante. D'après les renseignements des parents, le petit malade aurait déjà présenté antérieurement quatre attaques semblables. On lui administra de l'hydrate de chloral, bientôt les spasmes convulsifs cessèrent complètement. La respiration redevint douce, égale, le pouls s'abaissa à 140 pulsations par minute. L'enfant guérit de la rougeole et n'eut plus aucune convulsion pendant près de six mois. Au bout de ce temps, nouvelle attaque convulsive en tout semblable à la précédente, sans cause appréciable, sans aucun autre symptôme de maladie, et sans mouvement fébrile. Le chloral fit de nouveau disparaître rapidement l'attaque convulsive et l'enfant redevint tout à fait bien portant. La première attaque était survenue à l'âge de six mois. Suivant l'auteur, ces attaques convulsives présentent tous les caractères de la chorée aiguë, à cause de la nature des convulsions, de leur apparition brusque, sans cause appréciable, de leur caractère transitoire, fugitif, de la cessation des spasmes pendant le sommeil et enfin de l'intégrité des connaissances pendant les attaques.

Klinische Beobachtungen über die Behandlung des exänthematischen Typhus mit Calomel (Observations cliniques sur le traitement du typhus exanthématique au moyen du calomel), par F. Wischneswki. (*Medic. Obosren.*, t. XXII; *Jahrbuch. für Kinderheilkunde*, t. XXV, fasc. 2.) Dans ces quatre dernières années, l'auteur a administré, d'une façon méthodique, le calomel à 400 malades atteints de typhus exanthématique. Pour contrôler les résultats obtenus, 120 autres enfants, également atteints de cette maladie, furent soumis, vers la même époque, à un mode de traitement différent.

Au début de la maladie, le calomel fut administré six fois par jour, à la dose de 0,06 centigr. Cette dose était généralement suffisante pour amener les évacuations caractéristiques. Au bout de deux jours, le calomel était remplacé par une médication purement expectative.

Les malades de la seconde série, auxquels on ne prescrivit pas de calomel, furent soumis à un traitement antiseptique : sulfate de quinine ou salicylate de soude, bains froids ou enveloppement dans des draps humides et frictions froides. Au début de la maladie, à la place du calomel on donna des purgatifs.

Chez les malades traités par le calomel, la maladie présenta une évolution beaucoup plus bénigne que dans les cas habituels. Le sommeil était calme, il n'y eut jamais de perte de connaissance et la convalescence s'établit rapidement. Les complications étaient moins fréquentes et enfin la mortalité fut abaissée de 12,5 0/0 à 2,7 0/0, dans les cas non traités par le calomel.

L'auteur ne croit pas que ces résultats favorables doivent être attribués à l'action purgative du calomel, car les autres purgatifs furent loin de produire une amélioration aussi satisfaisante. Il admet plutôt que le calomel agit directement sur le virus du typhus, dont l'action se trouve considérablement affaiblie sous l'influence de ce médicament.

Drei Fälle von Varicellen (Trois cas de varicelle), par P. Tham. (*Hygiea*, XLVII, n° 9; *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXV, fasc. 1 et 2. — L'auteur publie trois observations de varicelle, dont la première es particulièrement intéressante à cause des symptômes d'étouffemen qui caractérisèrent le début de la maladie. Chez une petite fille âgé

de trois ans et six mois; la respiration devint subitement irrégulière pendant le sommeil. Au bout de peu de temps, l'enfant perdit connaissance; sa face était extrêmement pâle, les lèvres bleuies, les mâchoires serrées, le pouls faible et lent, le corps rigide, mais sans convulsions, les yeux étaient légèrement tournés en bas et à droite, les pupilles rétrécies, enfin la respiration cessa complètement. A la suite de l'administration d'une cuillerée à thé de cognac, la respiration redevint perceptible, mais l'enfant fut incapable de répondre aux questions. Incontinence d'urines. Peu après, survint un violent frisson accompagné de mouvements convulsifs dans les membres du côté droit, la mâchoire inférieure prise de convulsions cloniques était tirée en bas et à droite. Les convulsions durèrent 10 minutes et cessèrent enfin, à la suite d'un bain chaud. Le soir, température 39°, pouls 140, et le lendemain matin, après une nuit calme, la fièvre avait complètement disparu, mais la face, la poitrine et le dos étaient couverts de varicelle. Dans l'après-midi, l'enfant redevint agitée, la température s'éleva à 40°, on nota 160 pulsations par minute. Après un bain tiède, les symptômes s'amendèrent de nouveau et à partir de ce moment la maladie évolua sans fièvre. Au bout de 15 jours, les deux frères de la petite malade furent à leur tour atteints de la varicelle qui guérit chez eux sans complication.

Zur Therapie der Rachendiphtherie (Du traitement de la diphthérie pharyngienne), par W. Focke. (*Centralblatt fur Klinische Medicin*, 1886, n° 35.) — L'auteur traite la diphthérie par le chlorate de potasse associé à l'acide chlorhydrique. Ce médicament agirait surtout par la grande quantité d'oxygène qu'il renferme. Cet oxygène entrerait surtout en action dès que le chlorate de potasse se trouve uni à un acide puissant; associé par exemple à l'acide chlorhydrique ou à l'acide sulfurique, le chlorate de potasse constituerait un agent d'oxydation des plus actifs. Depuis que M. Focke prescrit le chlorate de potasse associé à l'acide chlorhydrique, les résultats obtenus de cette façon dans le traitement de la diphthérie sont bien plus satisfaisants.

Voici les deux formules généralement employées par l'auteur :

1° Chlorate de potasse	4	grammes.
Sirop de sucre	20	—
Eau	200	—

2° Acide chlorhydrique	3	grammes.
Sirop de sucre	20	—
Eau	200	—

Les adultes prennent toutes les heures une cuillerée à bouche, les enfants une cuillerée à thé et les nourrissons une 1/2 cuillerée à thé de chacune de ces potions. Lorsque la fièvre est tombée, le médicament n'est administré que toutes les deux heures.

Les avantages de cette médication seraient les suivants :

1° La fièvre disparaît dans l'espace de 36 à 48 heures.

2° Les ganglions lymphatiques ne présentent qu'une tuméfaction de médiocre intensité.

3° Il ne survient pas de phénomènes septiques.

Ce mode ce traitement ne saurait s'opposer à l'apparition de la paralysie du larynx lorsque la maladie envahit primitivement cet organe. De plus, ses effets sont nuls, lorsqu'il est institué tardivement, alors que les symptômes de septicémie ont déjà fait leur apparition.

Ueber die Incubation und Uebertragbarkeit der Parotitis epidemica (De l'incubation et de la transmission de la parotidite épidémique), par Roth. (*Müncher medicinische Wochenschrift*, 1886, n° 20.) — L'auteur publie 3 observations de parotidite épidémique recueillies dans le service de Bamberger qui sont intéressantes en ce qu'elles déterminent d'une façon précise la durée d'incubation et le mode de propagation de cette maladie. Les opinions les plus accréditées au sujet de l'incubation de la parotidite sont si diverses, que les auteurs les plus connus la font osciller entre 4 et 25 jours. D'un autre côté, on met en doute de divers côtés la possibilité de la transmission de la maladie d'homme à homme sans que l'individu porteur de l'agent infectant devienne malade lui-même.

Dans les cas ci-dessus la propagation de la maladie se fit chez un premier malade directement de lit à lit; dans un second cas, c'est par l'intermédiaire du médecin que l'infection se propagea hors de l'hôpital et enfin le troisième malade fut atteint de la maladie par la literie qui avait servi antérieurement à une malade atteinte d'oreillons. Les trois malades n'avaient eu avant leur affection aucun rapport avec un individu atteint d'oreillons. La durée de l'incubation dans les 3 cas a été exactement de dix-huit jours.

Ueber die Anwendung von Darmirrigationen bei Icterus catarrhalis (Des irrigations intestinales dans l'ictère catarrhal), par E. Kraus. (*Archiv. für Kinderheilkunde*, t. VIII, fasc. 1.)

M. Edouard Kraus, sur les conseils du professeur Monti, a pratiqué chez 19 enfants âgés de 3 à 6 ans, et atteints d'ictère catarrhal, des irrigations intestinales qui lui ont donné d'excellents résultats. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

Les irrigations d'eau froide, à la température de 12 à 18° R., sont très bien supportées par les enfants.

La quantité d'eau à injecter varie naturellement avec l'âge des malades; elle sera dans tous les cas d'au moins un litre, mais ne dépassera jamais deux litres.

Si la température de l'eau est seulement de 12°, l'irrigation déterminera chez la plupart des malades des douleurs abdominales en forme de coliques; à la température de 15 à 18°, cet inconvénient fait complètement défaut même chez les petits enfants.

La diarrhée soit qu'elle ait préexisté, soit qu'elle soit survenue seulement dans le cours de ce mode de traitement, n'est aucunement une contre-indication à l'emploi des irrigations; ces dernières au contraire, en provoquant des mouvements péristaltiques plus considérables et en contribuant à vider plus complètement l'intestin, parviennent le plus souvent à arrêter la diarrhée.

Dans l'immense majorité des cas, 4 à 5 irrigations suffisent pour amener la guérison de l'ictère.

Les irrigations, à l'exception des douleurs abdominales mentionnées plus haut, ne sont dans aucun cas suivies d'un accident fâcheux quelconque.

G. Bœhler.

Traité clinique des maladies de l'enfance, leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie, par le Dr Cadet de Gassicourt, en 3 volumes, d'environ 600 pages chacun, avec de nombreux tracés de température et des figures (1), 2e *édition*, revue, corrigée et augmentée.

Le premier volume de la première édition de cet important ouvrage a paru en 1880, et le troisième en 1884.

(1) Paris, chez Octave Doin, 8, place de l'Odéon, 1887.

La préface de la seconde édition, dont les trois volumes viennent de paraître, est datée de juillet 1885.

Ainsi la première édition de ce traité clinique a été complétée et épuisée presque simultanément, à peu près au moment où l'Académie des Sciences, mettant, avec sa haute autorité, le sceau à ce succès, accordait à l'auteur un prix Monthyon.

Ce n'est pas un traité de pathologie infantile qui a été ainsi accueilli par le suffrage du public médical et de l'Académie. Le Dr Cadet de Gassicourt a entendu faire œuvre de clinicien. Son succès doit donc être porté au compte de cet enseignement clinique, depuis si longtemps l'honneur de l'école française, qui n'a rien perdu de son charme ni de son utilité. L'auteur a vulgarisé les richesses cliniques accumulées depuis longtemps dans l'hôpital Sainte-Eugénie, et, fort du silence de ses collègues, comme il le dit modestement lui-même, en a fait profiter ses élèves d'abord, et le grand public ensuite, dans des leçons qu'il a professées à l'hôpital, puis complétées et remaniées. Il oublie de dire que la plus grande part de ces richesses est le produit de sa propre expérience et que la main d'œuvre qu'il leur a donnée est d'une valeur singulière.

Il y a deux manières en effet, de comprendre *l'œuvre clinique* entreprise par l'auteur. La plus commode pour celui qui l'aborde consiste à enregistrer, au jour le jour, les faits comme ils se présentent, et à les réunir ensuite sous un titre commun, sans les classer, sans les trier, pour éviter les redites, sans se préoccuper de savoir s'ils épuisent tout le sujet, sans les interpréter d'après les données traditionnelles de l'expérience et les acquisitions les plus modernes de la science, sans en tirer les généralisations qui sont indispensables au praticien pour le guider dans le choix d'un traitement, mais un pareil procédé ne peut donner naissance à aucun enseignement digne de ce nom. Celui du Dr Cadet de Gassicourt est de beaucoup supérieur. Pour nous, la raison du succès de son livre, c'est que ce livre est bien disposé, consciencieusement pesé dans toutes ses parties, bien informé et soigneusement mis au courant de tous les besoins de la pratique.

Ne pouvant traiter tous les sujets, il a judicieusement choisi les plus importants et il les a épuisés, autant qu'on peut le faire dans une matière amplifiée perpétuellement par les conquêtes journalières de l'expérience. Ces sujets, il en a éclairci l'exposition par des classifications naturelles et claires, résumé les aspects généraux dans des espèces de lois qui servent à l'orientation du lecteur et du prati-

cien, et cette organisation n'a rien de factice; elle est perpétuellement alimentée par les faits. Aussi le *traité clinique des maladies de l'enfance*, toujours méthodique, n'est-il jamais absolument théorique et encore moins systématique.

Comme exemple du choix des sujets, rappelons le contenu de l'ouvrage, dont le premier volume est consacré tout entier aux *affections pulmonaires*; le second, aux *affections du cœur*, au *rhumatisme*, à la *chorée*, à la *coqueluche*, aux *oreillons*, à la *varicelle*, à la *rougeole*, à la *scarlatine*, à la *fièvre typhoïde*; le troisième, à la *diphtérie* et aux *affections cérébrales*. Cet ensemble, sans aspirer à être complet, laisse en dehors de lui très peu des affections qu'il est essentiel au médecin des enfants de bien connaître.

La seconde édition a ajouté à la première un *coup d'œil* général *sur la pathologie infantile*; les leçons consacrées à la *tuberculose* ont été complètement remaniées et mises au courant des découvertes les plus récentes. La leçon sur les *adénopathies bronchiques* a été très modifiée; de nouvelles observations suivies d'autopsies, des planches relatives à l'anatomie pathologique complètent, dans la seconde édition, l'étude des affections congénitales du cœur.

Pour donner une idée des classifications naturelles qu'a adoptées l'auteur, citons le rôle qu'il a restitué à la congestion, dans les affections pulmonaires de l'enfance. Frappé du peu de netteté que possède la notion de ces affections, même après les travaux d'excellents maîtres, il a cru que ce défaut tenait à ce qu'on n'avait pas tenu un compte suffisant de l'élément congestif, si bien mis en lumière par Woillez, dans son beau traité sur les congestions. Le rôle de la congestion, pour le Dr Cadet de Gassicourt, est exclusif dans la congestion simple; il est très important dans certaines formes de pneumonie franche et de bronchite aiguë, et il est prépondérant dans la broncho-pneumonie. Ainsi la congestion a une double place dans les affections pulmonaires de l'enfance : elle y figure comme affection idiopathique et comme processus commun à diverses affections pulmonaires, d'où résulte une distinction habilement fécondée par l'auteur, entre les affections dans lesquelles se rencontre la congestion et celles où elle ne se rencontre pas.

La *diphtérie* qui occupe presque un volume, et qui est bien près de représenter pour nous ce traité de la *diphtérie* que Trousseau voulait écrire, est très remarquable par sa richesse en documents scientifiques et pratiques; mais cette portion de l'ouvrage se distingue sur-

tout pour nous par la multiplicité des aspects sous lesquels la diphtérie est présentée et nous remarquons que cette division, qui épuise le sujet, sort tout entière de la clinique. Il faut nous borner à indiquer ces chapitres dans lesquels l'auteur n'a rien négligé, si ce n'est de réclamer ce qui lui appartient en propre, comme l'un des plus intéressants de tous, *sur la dipthérie à forme prolongée.*

Ce chapitre a plus d'un droit à être mentionné ici, car, publié en articles, il a inauguré la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* à son début.

Tout est à lire d'ailleurs dans le *Traité clinique des maladies de l'enfance,* avec plaisir, avec fruit : il n'y a pas de parties faibles dans cet ouvrage solide et bien fait.

Etude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies des enfants, par le Dr Albert Monteuuis, ancien interne des hôpitaux. (Paris, G. Steinheil, éditeur, 1886.)

La fièvre a dans les maladies des enfants une importance toute particulière et une physionomie propre, dont les traits particuliers, comme le fait très bien remarquer le Dr Monteuuis, n'ont été reproduits en entier, jusqu'à présent, par aucun auteur.

Le début en est brusqne, sans le frisson initial qui peut être remplacé par des convulsions.

L'hyperthermie est rapide et considérable. La marche de la température est inselite et désordonnée. Le pouls très rapide n'est pas un bon miroir de l'état fébrile, à cause des nombreuses anomalies que sa fréquenee présente, même dans l'état de santé. Les troubles de la nutrition amènent promptement un amaigrissement considérable. Ce qui domine parmi toutes ces manifestations morbides, ce sont les troubles du système nerveux, qui peuvent, à l'occasion d'une pneumonie, affecter tout l'aspect des affections cérébrales.

Les indications thérapeutiques fournies par cet état sont au nombre de trois : 1° Diminuer la combustion fébrile; 2° Calmer, soutenir le système nerveux ; 3° S'opposer à la dénutrition rapide de l'organisme.

Or, les médicaments antipyrétiques nouveaux répondent bien à ces indications.

Une première série de ces médicaments, dont l'usage est maintenant

à peu près abandonné, comprend l'acide phénique, l'acide salicylique, le salicylate de soude et le salicylate de bismuth employé encore dans la fièvre typhoïde, surtout contre les troubles intestinaux.

La série nouvelle, qui n'est pas épuisée, embrasse la résorcine, la kaïrine, dont les effets sont comparables à ceux de l'acide phénique, l'antipyrine, la thalline.

Le Dr Monteuuis a établi par des observations la valeur propre de quelques-uns de ces agents thérapeutiques.

Celles qui concernent la thalline, recueillies dans le service de M. Descroizilles, sont intéressantes parce que l'étude de ce médicament a été très incomplète en France. D'excellents résultats ont été obtenus avec la dose de 30 centigrammes par jour de thalline, administrée en deux fois, dans la fièvre typhoïde.

L'antipyrine, qui paraît appelée à rester plus que tous les autres antipyrétiques, a fait merveille dans le service de M. Desplats. De nombreuses observations en témoignent.

La dose utile n'a pas, en général, dépassé un gramme en deux fois dans la journée.

Après avoir défendu les antipyrétiques contre les principales accusations qui sont dirigées contre eux :

1° De ne pas agir sur l'agent pyrogène;

2° D'abaisser la température et non la fièvre;

3° D'être sans action sur la durée, la marche et la terminaison des maladies ;

4° D'avoir une action de trop courte durée;

Et, spécialement, contre les antipyrétique nouveaux :

1° De provoquer des sueurs qui épuisent le malade ;

2° D'amener parfois de l'hypothermie ;

3° D'ébranler le système nerveux par des changements brusques de température ;

4° D'exercer une action nocive sur l'organisme, et particulièrement sur certains organes centraux, en ajoutant des phénomènes toxiques aux phénomènes morbides ;

L'auteur est amené à se demander, avec M. Desplats, si chacun des antipyrétiques nouveaux n'a pas des indications spéciales et s'il ne faut pas, suivant la maladie, donner la préférence à l'un sur l'autre.

Cette étude si intéressante a été inaugurée, pour l'antipyrine, par M. Huchard, auquel nous devons d'ailleurs le premier travail complet qui ait fait connaître l'antipyrine en France.

« Je suis convaincu, dit M. Huchard, que l'antipyrine est presque le spécifique des accidents fébriles, non seulement de la phtisie pulmonaire, mais de presque toutes les maladies du poumon. Il y a, sur les affections congestives et inflammatoires de cet appareil, une action élective du médicament; action que des observations nombreuses m'ont démontrée (1). »

Renseignements historiques et bibliographiques; documents scientifiques et cliniques; discussion consciencieuse et précise des points douteux, tout ce qui peut mettre le lecteur médical au courant des questions soulevées par l'emploi des antipyrétiques nouveaux ou lui faciliter les moyens de pousser plus avant dans cette étude, se trouve dans l'opuscule du Dr Monteuuis (de 150 pages).

Dr Pierre-J. Mercier.

La *Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance* a reçu :

The fifty-sixth Annual Report of the General Hospital et Dispensary for sick children. Manchester (*cinquante-sixième rapport annuel concernant l'hôpital général des enfants malades à Manchester*), pour l'année 1885.

Pneumonia in young children (*De la pneumonie chez les jeunes enfants*, par le Dr Emmet Holt, New-York, 1885.

How to feed the Baby (*Comment le petit enfant doit être nourri*). *Leçon faite à l'hôpital, école de garde-malades de Philadelphie*), par le Dr J. M. Keating.

(1) Huchard. *Considérations sur l'emploi des antithermiques en général et de l'antipyrine en particulier* (Soc. de Thérap. Février 1885.)

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd.,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Décembre 1886

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA TERPINE

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES DES ORGANES RESPIRATOIRES CHEZ LES JEUNES SUJETS

Par le Docteur **Descroizilles**
Médecin de l'hôpital des Enfants (1)

Dans une conférence faite au commencement de l'hiver dernier et reproduite en grande partie par la *France Médicale* du 13 février 1886, j'ai entretenu mes auditeurs d'un cas relatif à un jeune garçon de 8 ans, entré dans mon service pour une tuberculose pulmonaire ou pour une bronchite chronique simulant la tuberculose. Cet enfant, traité par la terpine, était revenu à la santé, après deux mois de séjour à l'hôpital. Nous avions vu ses forces renaître en même temps que nous constations bien nettement la disparition de tous les phénomènes d'auscultation ou de percussion que nous pouvions logiquement attribuer à des excavations pulmonaires. Ce résultat était remarquable ; mais je crains bien qu'il n'ait pas été définitif. Toutefois, comme on m'avait

(1) Leçon faite à l'hôpital le 12 novembre.

promis de me ramener le malade en cas de récidive, j'espère, puique je ne l'ai pas revu, qu'il a joui d'une assez longue période d'amélioration. J'ai eu plusieurs fois l'occasion, depuis cette première observation, de constater les bons effets de ce même médicament, soit dans mon service, soit en dehors de l'hôpital. Je vais exposer brièvement aujourd'hui trois faits qui confirment mes premières appréciations sur son compte.

Louis Ned...., âgé de 14 ans, est entré le 21 septembre 1886, salle Saint-Augustin, n° 14. Cet enfant tousse depuis deux ans d'une façon continuelle et a craché du sang à différentes reprises. Il expectore encore fort abondamment, mais ses crachats ne contiennent plus de sang depuis plusieurs mois. Il vient à l'hôpital de la rue de Sèvres pour la seconde fois et n'a jamais été bien portant, depuis le séjour qu'il y a fait l'année dernière dans un autre service que le mien. La mère de ce jeune garçon est d'une bonne santé, mais paraît peu vigoureuse; il a un frère un peu plus jeune que lui et bien portant; son père n'existe plus, mais n'est pas mort d'une affection thoracique. Quant à lui, il n'a jamais été sérieusement malade autrefois, et s'enrhumait rarement antérieurement à l'année 1884.

Les renseignements fournis par l'examen de la poitrine, dans les derniers jours de septembre, étaient significatifs : par la percussion, on constatait en effet, au sommet droit, de l'obscurité du son en avant et en arrière, au sommet gauche, le bruit de pot fêlé sous la clavicule, et dans la fosse sus-épineuse, une matité presque absolue. A l'auscultation, on entendait de gros râles humides et du souffle en arrière, dans la moitié supérieure du poumon droit, et des râles sibilants dans sa moitié inférieure; à gauche on découvrait à la fois de véritables gargouillements et du souffle caverneux, avec de la pectoriloquie au niveau de l'épine de l'omoplate, ainsi que dans les régions sus et sous-claviculaires. A la base, ces bruits n'existaient pas, mais on rencontrait des râles humides, fins avec une grande rudesse du murmure vésiculaire. Le crachoir du malade était à moitié rempli de matières opaques, grisâtres, très légèrement aérées dans quelques-unes de leurs portions et d'odeur fade. Nous notâmes également des transpirations nocturnes, de l'inappétence avec tendance à la diarrhée, une fièvre modérée correspondant à cent ou cent dix pulsations et à 38°,5 ou 39°, enfin une grande émaciation du

tronc, des membres et de la face, dont le tégument, fortement injecté au niveau des pommettes, était pâle et terreux sur tous les autres points.

Le jeune Ned... a séjourné dans ma salle pendant un mois, il a pris la terpine à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, en la tolérant toujours avec facilité. Quand il est retourné chez sa mère, sur sa demande, sa situation avait notablement changé à son avantage. Une semaine après son entrée, il crachait beaucoup moins qu'au moment de son admission ; huit jours plus tard, l'expectoration était devenue insignifiante, pour ne pas tarder à disparaître complètement. Le malade ne transpirait plus la nuit et n'avait plus de fièvre, ni le matin, ni dans l'après-midi, il mangeait avec appétit et la diarrhée n'existait plus. Les symptômes locaux se sont modifiés aussi favorablement que l'état général : à la fin d'octobre, on n'entendait plus à droite que des râles sibilants disséminés; à gauche on ne découvrait qu'un souffle doux et des râles humides à bulles moyennes, la pectoriloquie avait disparu ; l'obscurité de son, devenue presque nulle à droite, était également beaucoup moins forte qu'un mois plus tôt. Cependant, l'enfant n'avait pas complètement cessé de tousser ; il présentait toujours un certain degré de dyspnée et se sentait peu vigoureux quand il sortait de son lit. On ne doit pas le considérer comme guéri, mais il est impossible de nier l'heureuse modification qui s'est faite dans sa santé et l'on peut supposer qu'avec un plus long séjour à l'hôpital, on eût atteint un résultat encore plus décisif.

Un autre garçon, André Mul..., âgé aussi de 14 ans, a été admis le 31 août 1886, au nº 1 de la salle Saint-Augustin; il y avait alors huit mois qu'il toussait incessamment, sans avoir perdu sensiblement les forces, sans avoir eu d'hémoptysies; ce second malade est d'ailleurs grand et primitivement doué des attributs d'une constitution assez vigoureuse. Chez lui, les phénomènes stéthoscopiques ont toujours été très nets; à gauche on constatait, peu de temps après son entrée, un son obscur à la base et à la partie moyenne du poumon en arrière; en avant on retrouvait la même obscurité au-dessus du mamelon, et le bruit de pot fêlé au niveau et immédiatement au-dessous de la clavicule, tandis qu'à droite la sonorité restait partout à peu près normale. L'auscultation révélait à gauche l'existence d'un souffle tubaire mélangé de râles humides à bulles moyennes dans les portions sous-claviculaires du poumon, de véritables craquements, du souffle caverneux et de la pectoriloquie dans les fosses sus-épineuse

et sous-claviculaire; à droite, des rhonchus sous-crépitants et bullaires avec quelques craquements fins au sommet, sans modification dans la résonnance de la voix transmise à l'oreille de l'observateur. L'enfant crachait en outre des matières opaques, d'un blanc sale, à peine aérées, enfin il transpirait toutes les nuits. Son pouls variait de cent à cent dix, sa température de 38° à 39°,5.

Nous n'avons eu aucune donnée positive sur ses antécédents de famille, ni sur ses antécédents personnels au point de vue de la tuberculose; néanmoins le diagnostic, dans ce cas comme dans le premier, me semblait clairement établi. Nous avions sous les yeux un tuberculeux chez lequel la désorganisation du tissu pulmonaire était déjà considérable. J'eus encore recours ici à la terpine qui fut administrée à la dose de 30, puis de 40 centigrammes par jour, pendant plus d'un mois. L'expectoration diminua d'abord rapidement d'abondance, puis devint presque nulle; mais, à la fin d'octobre, nous vîmes survenir de l'inappétence avec des douleurs à l'épigastre et de la diarrhée; je crus devoir suspendre la médication. Il est bon de noter que ce malade a recommencé à cracher depuis qu'il ne prend plus de terpine. D'ailleurs, son état général est actuellement le même qu'au moment de son entrée, et les phénomènes d'auscultation ne se sont pas modifiés avantageusement. Tout me porte à croire, au contraire, que les lésions pulmonaires ont fait des progrès, et le traitement par la terpine semble n'avoir eu d'autre avantage que de diminuer la sécrétion bronchique, ce qui est un résultat assez important pour qu'on doive en tenir sérieusement compte.

Enfin, je me sers du même agent thérapeutique chez un enfant de 3 ans, Marcel Maur..., entré à l'hôpital le 14 août, au n° 7 de la salle Saint-Augustin, pour une bronchiopneumonie, dont il était guéri quand il fut pris de la rougeole; cette maladie fut suivie elle-même d'une bronchite intense. Ce jeune sujet, très pâle et très faible à la suite de la rougeole, n'a pas cessé de maigrir et de s'étioler pendant plusieurs semaines. Atteint également d'un impétigo de la face, il présentait, à un haut degré, tous les traits du tempérament lymphatique. Nous étions portés à supposer qu'il devenait tuberculeux, car, à la place des râles sonores ou sous-crépitants que nous avions constatés d'abord, nous entendions des rhonchus humides à grosses bulles et du souffle dans les parties supérieures de la poitrine, et son aspect semblait indiquer un état plus grave qu'un simple catarrhe bronchique. La terpine lui a été donnée à partir du 20 octobre, à la dose

de 20 centigrammes par jour, sans qu'il ait jamais fait de difficulté pour l'avaler, et sans qu'aucun trouble digestif se soit produit. Au commencement de novembre, l'auscultation ne révélait plus qu'à un faible degré l'existence des bruits morbides que nous avions constamment rencontrés pendant le mois précédent. L'enfant ne toussait plus que rarement; en même temps, l'état général devenait plus satisfaisant, la face moins décolorée et plus pleine; les croûtes impétigineuses tendaient à disparaître. Il me paraît donc démontré que, sous l'influence de la terpine, la sécrétion bronchique a notablement diminué d'abondance et nous pouvons espérer maintenant le retour à la santé de cet enfant, au sujet duquel nous avions tout lieu de croire à une fin prochaine.

Les signes stéthoscopiques qui existaient chez le premier de nos trois malades ne pouvaient laisser de doute à l'observateur; il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire. Je suis loin de nier l'existence, chez les enfants, de la bronchite chronique pure et simple, sur laquelle notre collègue Comby a récemment publié d'intéressants travaux. Mais quand on découvre des bruits morbides qu'on ne peut expliquer que par la formation d'une ou de plusieurs cavités dans le parenchyme pulmonaire, quand ces bruits ont leur maximum d'intensité sous la clavicule et dans la fosse sous-épineuse, quand un état local aussi caractéristique coïncide avec de l'amaigrissement, une fièvre irrégulière, des hémoptysies, des sueurs nocturnes, des troubles intestinaux parmi lesquels la diarrhée joue le premier rôle, ce serait faire un raisonnement erroné, que de croire à un processus phlegmasique banal, accompagné d'un catarrhe plus ou moins intense et plus ou moins tenace. J'ai toujours admis, sans hésitation, que le jeune garçon en question était un phthisique, et cependant, après avoir ingéré, pendant une période de temps assez restreinte, le médicament sur lequel j'appelle aujourd'hui l'attention du public médical, il s'est amélioré dans des proportions presque surprenantes, au point de vue général comme à celui des phénomènes pulmonaires, et il faut remarquer surtout que l'expectoration, fort abondante au début, a très promptement diminué, puis presque cessé, dès que le traitement a été institué.

Nous sommes également fondés à penser que notre second malade est tuberculeux, car il tousse sans cesse depuis près d'un an, perd les forces et l'appétit, transpire la nuit, a presque continuellement des évacuations diarrhéiques, enfin il présente les signes, malheureusement évidents, d'une désorganisation pulmonaire fort avancée qui a frappé surtout les parties supérieures des organes respiratoires. Une bronchite chronique ne serait pas une explication suffisante de l'ensemble que nous avons sous les yeux, et quant à moi, je n'hésite pas plus à affirmer que cet enfant est un phthisique, que je n'ai eu de doute relativement à la même question, quand il s'est agi du malade précédent. Après lui avoir fait prendre la terpine, nous ne constatons pas, comme dans le premier cas, de temps d'arrêt dans les progrès de la maladie et la tolérance ne paraît pas ici avoir été de fort longue durée. Toutefois, la médication n'est pas restée infructueuse, car l'expectoration a diminué notablement pendant qu'on l'employait, et elle augmente de nouveau, depuis qu'on y a renoncé. Il y a là une coïncidence que nous pouvons considérer comme une relation de cause à effet.

Le troisième malade n'est pas dans les mêmes conditions que les deux autres : c'est un enfant très jeune encore, originairement très délicat, débilité par la rougeole et chez lequel la fièvre éruptive a été suivie d'une de ses complications les plus habituelles, c'est-à-dire d'une phlegmasie bronchique intense dont les symptômes sont absolument les mêmes que ceux de la tuberculisation qui procède par infiltration, comme elle le fait presque toujours chez les sujets du premier âge, et s'attaque à tout le parenchyme pulmonaire en progressant rapidement, mais sans porter spécialement ses ravages sur une région circonscrite. J'ai pu croire que ce petit garçon était tuberculeux, mais actuellement cette interprétation pessimiste ne me semble pas devoir être définitivement adoptée. S'il s'était agi d'une de ces formes de tuberculisation diffuse, auxquelles on applique la dénomination de granulie, nous n'aurions pas observé une amélioration aussi prompte et aussi grande. Ici encore, la sécrétion bronchique paraît avoir considérablement

diminué à partir du moment où l'on a commencé à donner la terpine, et j'ai le droit d'admettre que, si l'état catarrhal a disparu en grande partie, c'est à l'influence de cet agent thérapeutique qu'il convient d'attribuer cette diminution.

En définitive, nos jeunes malades ont accepté volontiers le médicament qu'on leur offrait sous la forme d'une solution alcoolique; un seul d'entre eux a fini par avoir de la répugnance à l'avaler, après l'avoir fort bien toléré pendant plusieurs semaines. Chez tous les trois, on a constaté les bons résultats signalés par MM. Germain Sée et Lépine. Comme ces deux éminents observateurs, je pense que nous avons, dans la terpine, un agent fort utile qu'il faut préférer à la créosote, au goudron, à la térébenthine elle-même, parce qu'elle ne fatigue pas les voies digestives. Elle trouvera son application dans la médecine des enfants comme dans celle des adultes, dans tous les cas où il y aura épuisement par une suppuration abondante des voies aériennes, soit qu'on assiste à une phthisie à sa période initiale, avec ou sans hémoptysies, soit qu'on se trouve en présence d'excavations déjà formées dans la substance des poumons, soit qu'il ne s'agisse que d'une hypersécrétion bronchique, indépendante de la tuberculose.

Il sera presque toujours facile de l'ingérer aux jeunes sujets en s'en tenant, le plus souvent, à la dose de 3 ou 4 décigrammes par vingt-quatre heures, et en ne dépassant pas celle de 6 décigrammes. J'ai toujours fait usage d'une solution contenant 2 grammes de substance active pour 40 grammes d'alcool et 20 grammes d'eau; mais on peut se servir aussi de la forme pilulaire, ou remplacer l'alcool par le vin blanc, ou ajouter à la solution une certaine quantité d'un sirop acide, ou enfin supprimer l'alcool et recourir à une solution aqueuse. Mais il faut alors au moins 200 grammes d'eau pour faire prendre 1 gramme de terpine, et il sera bon parfois d'additionner l'eau d'une certaine quantité de sirop de cachou ou de tout autre sirop astringent. Enfin, pour ne pas s'exposer à amener des perturbations intestinales, on offrira, autant que possible, la préparation au moment des repas.

NOTE SUR LES DÉTERMINATIONS TARDIVES DE LA ROUGEOLE SUR LE LARYNX

Par **Henry Barbier**
Interne des hôpitaux

Lorsqu'on étudie les diverses variétés cliniques de la rougeole, on est frappé de la tendance remarquable de cette maladie à envahir les muqueuses. La conjonctivite, le coryza, la pharyngite, la laryngite, les inflammations plus ou moins précoces de la trachée, des bronches et des poumons, le catarrhe gastro-intestinal, la diarrhée, font pour ainsi dire partie du tableau normal au même titre que l'éruption cutanée. Parmi ces manifestations diverses de l'énanthème, les unes sont plus ou moins graves. Tantôt c'est leur intensité, leur violence qui inquiète la sollicitude du médecin ; tantôt c'est leur siège, ou l'époque de leur apparition. Ainsi la broncho-pneumonie la moins accusée inspire plus d'inquiétude que la diarrhée, par exemple, ou qu'une simple angine ; et chacun sait que celle qui accompagne l'éruption est toujours d'un pronostic plus défavorable que celle qui survient plus tard. Il y a là des questions de *degré* et de *moment* qui sont d'un grand poids dans l'appréciation des suites de la maladie.

Pour le larynx, il en est de même. Frappé dès le début, cet organe peut l'être aussi à la période d'éruption, ou plus gravement encore au déclin de la maladie. A ces diverses localisations correspondent des types qui ne sont comparables entre eux ni anatomiquement, ni cliniquement : les uns représentent une affection désagréable, pénible même pour le malade, mais le plus souvent bénigne : les autres, au contraire, peuvent donner lieu à des symptômes alarmants de suffocation, nécessiter une intervention chirurgicale : la trachéotomie ; et cela en dehors de toute diphtérie.

Je crois devoir insister, par la suite, sur ce point. La plupart du temps, en effet, surtout dans le milieu nosocomial, un enfant, par exemple, est pris, à la suite d'une rougeole, d'accidents de dyspnée laryngée, de suffocation. On examine la gorge, on n'y trouve rien ; il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire, et cependant l'asphyxie est menaçante. Or, qu'arrive-t-il dans ce cas ? c'est que l'apparition d'accidents de ce genre, à la suite de la rougeole, est si étroitement liée à l'idée de diphtérie secondaire, que l'on songe de suite à cette redoutable complication, et que l'on diagnostique : croup d'emblée avec toutes ses conséquences à l'hôpital, c'est-à-dire : passage aux pavillons d'isolement.

Mais s'il peut être démontré qu'une laryngite rubéolique, de nature ulcéreuse si l'on veut dès maintenant, soit capable de causer de pareils accidents, on comprend les conséquences d'une semblable erreur : un enfant convalescent de rougeole, atteint de laryngite non diphtérique, se trouve plongé dans le milieu infecté des pavillons d'isolement, où l'on devine facilement le sort qui l'attend. — D'autre part on connaît la gravité de la diphtérie secondaire à la rougeole ; qu'un médecin prévenu, recule devant une opération qu'il sait devoir être inutile, et il perd le bénéfice d'une intervention qui peut et doit réussir, si la diphtérie n'est pas en cause.

Il y aurait peut-être même, à ce point de vue, à revoir sérieusement les observation de guérison après opération de laryngite diphtérique secondaire à la rougeole. Malheureusement, la plupart sont tellement écourtées qu'on ne peut les discuter. On s'y contente, en effet, de mentionner que le malade a eu, ou bien a la rougeole, que des accidents de suffocation se sont montrés, qu'on l'a opéré et qu'il a guéri. Reste à savoir de quoi on l'a guéri.

Il n'y avait rien dans la gorge ; on n'a pas vu trace de fausses membranes sortir de la canule; pas d'albuminurie, pas d'adénopathie. La guérison a été rapide, si rapide même qu'il reste des doutes lorsqu'on connaît la marche envahissante et les allures toxiques de la diphtérie secondaire à la rougeole.

Comme nous l'avons vu dès le début de cet article, le larynx peut être frappé à toutes les périodes de la maladie :

1. *Pendant l'invasion :* c'est la laryngite précoce ou primitive.

2. *Pendant l'éruption* A c'est la laryngite du début qui persiste, ou bien B c'est l'énanthème rubéolique qui frappe la muqueuse.

3. *A la fin de l'éruption*, c'est la laryngite tardive. Les lésions, comme nous le verrons, commencent bien pendant la période d'éruption, mais comme elles sont plus profondes elles demandent plus de temps pour évoluer; de sorte que, si, anatomiquement, cette forme de laryngite est pour ainsi dire à cheval sur la période d'éruption et sur la période de desquamation ; cliniquement, elle appartient bien plutôt à celle-ci.

C'est cette forme qu'il est important de distinguer de la laryngite diphtérique dont il ne sera pas question ici.

Nous serons bref sur les deux premières divisions (laryngite précoce et laryngite morbilleuse vraie).

1. *Laryngite précoce de la rougeole.* — Anatomiquement, ce n'est que l'extension, à la muqueuse laryngée, du catarrhe que l'on observe ordinairement sur les muqueuses oculaire et nasale : simple rougeur avec hyperhémie et gonflement de la muqueuse se traduisant cliniquement par une toux sèche, courte ou prenant déjà un caractère tout particulier de sonorité et de raucité, férine : par une voix tantôt normale, tantôt enrouée, voilée, quelquefois même éteinte. Ces divers états traduisent les différents degrés de la lésion. Il n'y a pas de dyspnée. Cette laryngite n'offre donc rien de bien saillant. Cependant, chez les enfants impressionnables et prédisposés aux spasmes, on voit se développer des accès de laryngite striduleuse qui n'ont d'autre effet que de donner à la maladie dès son début, des allures bruyantes et que rien ne justifiera par la suite. Trousseau les avait d'ailleurs déjà signalés.

2. *Laryngite éruptive et laryngite tardive.* — L'éruption se montre. C'est à partir de ce moment que déjà peuvent se montrer des symptômes spéciaux qui doivent attirer l'attention du

côté du larynx, et qui sont les avant-coureurs d'accidents plus graves ; de sorte que ceux-ci, lorsqu'ils surviennent, ne doivent pas être considérés comme l'expression d'une complication subite et inattendue, mais bien comme l'aboutissant de lésions qui évoluent, dès la période d'éruption, et dont le dernier terme est *la laryngite avec suffocation et menaces d'asphyxie.*

A cette époque, les accès de laryngite spasmodique disparaissent, du moins c'est la règle, à part un cas signalé par Rilliet et Barthez. Mais, par contre, c'est l'époque de la laryngite érythémateuse, de l'énanthème rubéolique sur la muqueuse. *Stoffela*, à la clinique du professeur Hébra, *Smoleder* (1) *Tobold* (2) n'ont, il est vrai, pu constater par des examens nombreux autre chose qu'une inflammation catarrhale caractérisée par la rougeur et le gonflement de la muqueuse. Mais, d'autre part, on sait que *Gerhardt* attribue les symptômes laryngés de la période d'état à une localisation de l'éruption, et il a pu, au moyen du laryngoscope, la constater sur l'épiglotte et la muqueuse laryngée. Il est probable que ce fait ne doit pas être rare. Mais, étant donné que l'on se contente, la plupart du temps, en clinique, du simple examen de la gorge au moyen de l'abaisse-langue ou du manche de cuiller, on ne doit pas s'étonner s'il en est peu parlé dans les différents traités.

Quelle est la gravité immédiate de ces laryngites du début et de la période d'éruption ? Abstraction faite des cas compliqués d'accès de faux croup, on peut dire qu'à ce sujet l'opinion des auteurs est unanime, et qu'on regarde, en général, comme faisant partie du tableau normal de la maladie, le timbre voilé de la voix, les quintes de cette toux fébrine, aboyante ou creuse qui sont les signes de l'irritation laryngée.

Rilliet et Barthez (3) disent que la pharyngite et la laryngite ont, en général, peu d'importance.

(1) Laryngoscopie et ses applications à la médecine. Vienne, 1863.

(2) Traité de Laryngoscopie. Berlin, 1863.

(3) Traité des maladies des enfants. T. II.

M. *Descroizilles* (1) dit que c'est une complication d'habitude sans gravité, bien que les ulcérations soient la règle.

M. *Cadet de Gassicourt* (2) dit que la laryngite est une complication qui n'a, en général, aucune gravité et qui n'amène jamais la mort.

Sanné (*Dict. encyclop.*, art. Rougeole); *Despine* (*Dict. pratiq.*, art. Rougeole), etc., disent, en termes variés, à peu près la même chose.

Les auteurs anglais et allemands, plus préoccupés du croup inflammatoire, sont peut-être moins affirmatifs.

Aussi, dans ses excellentes leçons sur les maladies des enfants, *Henoch* signale des cas où cette laryngite a vraiment des allures qui doivent inquiéter le médecin. Dès le début de la maladie, la voix et la toux ont un timbre rauque, il y a même des douleurs au cou, douleurs qu'exaspèrent la déglutition et la pression sur le larynx et la trachée. Dans ce cas, il conseille l'application de sangsues sur la poignée du sternum, *car, dit-il, le catarrhe laryngé pourrait facilement donner naissance à une violente inflammation avec exsudat fibrineux et au croup*. Croup inflammatoire, bien entendu.

D'ailleurs, on trouve en France quelques travaux où des faits analogues sont relevés, et où on essaie de les différencier du vrai croup. C'est ainsi que l'on peut lire dans la thèse de *Champaignac* (3) la relation d'une épidémie de rougeole observée à l'hôpital des Enfants-Malades et où il est fait mention d'accidents laryngés caractérisés cliniquement par de la douleur au niveau du larynx, des accès de suffocation, et par une altération de la voix et de la toux tellement spéciale, que l'auteur se déclare impuissant à la définir.

A l'autopsie, on trouve, dans ces cas, une muqueuse rouge, épaissie, recouverte de mucosités puriformes. — Notons l'absence de fausses membranes.

---

(1) Manuel des maladies de l'enfance.

(2) Leçons cliniques sur les maladies des enfants. T. II.

(3) Th. de Paris, 1812.

Dechant, aux Enfants-Assistés, mentionne des cas où une toux opiniâtre, sèche, revenant par quintes avec menace de suffocation, accompagnée d'aphonie complète, peut simuler complètement le croup. Pour lui, c'est une laryngo-bronchite de la période de déclin.

Blanckaert (1) a observé, dans le service de M. Roger, aux Enfants-Malades, des cas de laryngite rubéolique grave, dont les caractères sont : une voix promptement éteinte, une toux rauque, *rarement des accès de suffocation.* Et lorsque ceux-ci se présentent, « ils offrent cette particularité de ne pas survenir « à une période avancée de la maladie, consécutivement à une « dyspnée de jour en jour croissante comme dans le croup ; « mais d'une manière irrégulière, au milieu ou dès le com- « mencement, parce que le plus souvent ils sont dus à une « attaque de laryngite spasmodique. » Ces cas, d'après lui, peuvent être très difficiles à différencier du croup vrai.

Enfin, *Coyne* (2), dans sa thèse, vient montrer des lésions plus graves qu'une simple inflammation superficielle, de véritables ulcérations souvent assez profondes pour mettre à nu le cartilage cricoïde et siégeant de préférence au bord libre de la corde vocale inférieure, et sur la glotte interaryténoïdienne, d'après Gerhardt. C'est la laryngite ulcéreuse de la rougeole. Elle provient, soit de la nécrose des follicules clos de la muqueuse et siège sur la corde vocale inférieure, soit de la suppuration des glandules, et le siège en est alors la corde vocale supérieure au niveau des cartilages aryténoïdes, dont elles peuvent amener la nécrose (Coyne).

Archambault (3) connaissait bien, d'ailleurs, ces cas, et dans son remarquable article du Dictionnaire encyclopédique, il les distingue anatomiquement et cliniquement de la diphtérie. « A l'autopsie, dit-il, on trouve la muqueuse du larynx rouge, tuméfiée, parsemée de petites ulcérations et présentant çà et là de *petits grumeaux blancs dans lesquels il est vraiment difficile*

(1) Complication de la Rougeole; th. Paris, 1868.

(2) Des accidents laryngés de la Rougeole; th. 1874.

(3) Dict. encyclop., art. Croup.

de reconnaître une fausse membrane. » Et plus loin : « Pendant la vie, les symptômes se sont rapprochés de ceux du croup, au point de se confondre avec eux et de faire porter le diagnostic croup. La voix est devenue éraillée, éteinte, la respiration a été gênée, légèrement sifflante, mais jamais comme cela s'observe dans le croup vrai. Il insiste sur la marche lente de la maladie, sur l'absence d'accès de suffocation. D'après lui enfin, le tirage est rare, mais la dyspnée peut aller jusqu'à l'asphyxie, et l'intervention peut être légitimée.

Il semblerait que, avec de semblables lésions, il fût tout naturel de songer à l'œdème de la glotte pour expliquer les accidents. Or, ici encore, les auteurs sont presque unanimes à dire que l'œdème de la glotte ne se rencontre jamais.

Dans un seul cas, Rilliet et Barthez disent avoir rencontré une laryngite œdémateuse. Bien que, d'autre part, Krishaber et Peter (1) admettent la possibilité d'une suffusion séreuse sous-muqueuse, à la suite de la laryngite tardive.

Sans doute, l'œdème type, celui du repli aryténo-épiglottique, est rare ; mais si l'on admet que, dans un larynx d'enfant, un œdème limité au pourtour des glandules qui suppurent, du gonflement de la muqueuse, une laryngite intense, suffisant pour rétrécir d'une façon notable, au point de vue fonctionnel, un orifice déjà très étroit à l'état normal, on acceptera sans trop de répugnance qu'un gonflement inflammatoire avec exsudats purulents comme dans le cas de Blanckaert, soit suffisant pour expliquer la dyspnée et son mode particulier (surtout si l'on songe au siège de ces ulcérations au niveau des aryténoïdes) et que cet état joint à des érosions plus ou moins profondes et plus ou moins étendues des cordes vocales, le soit également pour comprendre et l'extinction de la voix et le caractère rauque et éraillé de la toux.

Quant aux accès de suffocation, rares comme on l'a vu, et comme ils semblent l'être en règle générale dans tout croup inflammatoire (Cadet de Gassicourt) ils doivent être imputés à

(1) Dictionnaire Encyclopédique, article Larynx.

un spasme passager de la glotte, lequel vient, de temps à autre, précipiter les accidents.

D'ailleurs les laryngologistes savent fort bien qu'une inflammation subite de la muqueuse laryngée est suffisante pour produire des accidents de suffocation.

Ainsi donc laryngite intense, ulcérations, œdème, spasmes, tels sont les différents modes de procéder propres à la laryngite rubéolique. A cette liste il convient d'ajouter un cas que M. Descroizilles a observé, et où la présence d'un abcès périlaryngé, accompagné d'une injection violente de la muqueuse avait déterminé des accidents formidables de suffocation et nécessité la trachéotomie. Cette observation ayant été déjà publiée par notre excellent maître (1), nous nous contenterons de renvoyer pour les détails à la lecture de la note clinique et des réflexions intéressantes qui l'accompagnent.

Voici d'abord le cas de Blanckaert, cas auquel nous faisions allusion il y a quelques instants :

Obs. I. — « Un enfant de 2 ans et demi entre dans le service de « M. Roger, aux Enfants-Malades, pour une rougeole normale, le « 1er mars.

« Le 3, malgré une éruption qui pâlit, la *fièvre* persiste. *La* « *toux* est *rauque*, *sourde*, *incessante*, sans rougeur de la gorge, ni « fausses membranes.

« Le 4, quelques accès de suffocation. Administration d'un vomitif « sans résultat.

« Le 5, pas d'accès de suffocation. — *La toux* est moins fréquente. « Mais l'*inspiration* est gênée, bruyante ; il y a du tirage.

« Le 6, légère cyanose. Tirage.

« Le 7, la cyanose est plus marquée : la *toux* est voilée, mais l'in« spiration est toujours bruyante. Mort par asphyxie.

Autopsie. — Lésions de broncho-pneumonie. Épanchement pleural.

Au larynx : La face inférieure de l'épiglotte est le siège d'une injection très vive, qui tranche avec la pâleur du reste de la muqueuse, d'ailleurs ferme et épaissie. Cet épaississement est très marqué au niveau des cordes vocales qui sont comme hypertrophiées.

Ecchymoses sur la trachée.

---

(1) *France médic*, 1885.

Nous ne donnons pas ce cas comme un exemple de mort par laryngite rubéolique, car il y avait des lésions pulmonaires et pleurales très suffisantes pour amener une terminaison fatale. Mais ce que, tout au moins, il est permis de dire, c'est que cette laryngite a bien pu y contribuer, et qu'il y avait des symptômes tels qu'un praticien non prévenu eût de suite songé au croup d'emblée (tirage, voix éteinte). De même qu'on en rencontre d'autres qui semblent l'exclure, tels que cette toux rauque, se rapprochant de celle de la laryngite striduleuse. Nous allons retrouver ces caractères dans l'observation suivante, dans laquelle, malheureusement, l'examen local n'a pu être fait.

Obs. II. — Le jeune W....., Joseph, âgé de 4 ans 1/2, entre le 20 août 1885, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Augustin, lit n° 10. Ce garçon a eu, dans les jours qui ont précédé son admission, une rougeole d'allure normale. Vers le déclin, on remarque que la toux, loin de diminuer, prend de plus en plus d'intensité; que la respiration est gênée et il arrive à l'hôpital avec l'étiquette de croup d'emblée.

Cependant, malgré ces symptômes, l'examen de la gorge restant négatif, les caractères de la toux et de la respiration, qui ne sont pas absolument caractéristiques; tout cet ensemble clinique, fait que l'enfant, au lieu d'être envoyé aux pavillons d'isolement, est placé dans la salle ordinaire en observation. Le soir de son entrée, on se trouve en présence d'un enfant d'assez bel aspect, malgré la fièvre éruptive dont il garde encore des traces sur la peau. Ce qui frappe tout d'abord, c'est une toux rauque, bruyante, à caractère déchirant, et une respiration dont le stade inspiratoire est légèrement sifflant; l'expiration est libre.

L'examen de la gorge est négatif, à part un peu de rougeur du pharynx, rougeur qui se prolonge vers l'orifice du larynx, ainsi qu'on peut le constater en abaissant fortement la base de la langue. Cette manœuvre, qui révolte un peu l'enfant, est suivie d'une inspiration que sa profondeur et sa violence rendent plus bruyante que les autres.

La voix est éteinte.

Nulle part traces de fausses membranes. Pas d'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale.

Pas d'albumine dans les urines.

On constate en plus l'existence d'une stomatite assez intense. La

muqueuse buccale est rouge vif. Sur les bords et à la pointe de la langue existent des ulcérations de la grosseur d'une très petite lentille, ovalaires ou arrondies, recouvertes d'une légère fausse membrane grisâtre. Tout autour, les papilles linguales sont érigées. On trouve deux ou trois ulcérations semblables à la face interne des lèvres.

L'état général est satisfaisant; le petit malade mange avec appétit. La déglutition est normale. Il y a peu de fièvre et l'examen des poumons ne révèle rien autre chose que le retentissement du bruit inspiratoire.

Le traitement consiste en un vomitif, répété les jours suivants et à base d'ipéca; et un collutoire au chlorate de potasse pour badigeonner la muqueuse buccale.

Légère modification dans les jours qui suivent. La stomatite s'améliore, et les symptômes laryngés, au contraire, tout en conservant les caractères du début, s'aggravent plutôt.

Le 26 mars. Les ulcérations labiales ont disparu, la muqueuse est cicatrisée. Celles de la langue se sont détergées, et à leur place, on trouve des ulcérations à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, reposant sur un fond rose et bourgeonnant, et occupant en profondeur la presque totalité de l'épaisseur de la muqueuse.

L'examen de la gorge donne les mêmes résultats qu'au début.

Par contre, la toux est de plus en plus violente, bruyante et d'un timbre éraillé très désagréable à entendre. La gêne respiratoire a augmenté, l'inspiration est longue et bruyante. L'examen fait profondément montre une rougeur interne de l'orifice laryngé; rien de plus. Les replis aryténo-épiglottiques ne sont ni gonflés, ni indurés.

L'enfant a, d'ailleurs, bonne mine; il joue sur son lit.

Le 27. Un léger tirage sus et sous-sternal, qu'on avait remarqué hier, s'est un peu accentué ce matin. Pas d'accès de suffocation.

Il y a un peu de gêne pendant la déglutition qui semble douloureuse.

Le 28. L'état reste stationnaire. Le tirage s'est maintenu, mais la mère de l'enfant, qui a entendu parler d'opération, l'emporte hors de l'hôpital, et nous ne l'avons pas revu.

Dans cette observation, nous retrouvons un certain groupe de symptômes qui, réunis, permettent, je crois, d'éliminer l'idée de diphtérie. Ce sont : les caractères de cette toux fréquente, incessante, à timbre bruyant, désagréable et dont il est difficile d'ailleurs de donner une description nette lorsqu'on ne l'a pas entendue;

La marche lente des accidents, l'absence d'accès de suffocation ; enfin l'intégrité absolue de l'expiration à un moment où la sténose laryngée est assez marquée pour produire du tirage.

Il n'est pas jusqu'à la présence de cette stomatite aphteuse qui n'ait son importance, car on ne saurait en faire une stomatite diphtérique. La rareté de celle-ci, le siège et l'aspect des lésions, leur marche, leur terminaison par ulcération à pic, tout exclut cette hypothèse.

Je crois devoir attirer spécialement l'attention sur cette stomatite, parce que West a décrit, en particulier, après la rougeole, une variété de croup qu'il considère comme très dangereuse. Ce croup coexiste avec une stomatite ulcéreuse plus ou moins grave, et diffère absolument du croup diphtérique.

On trouvera dans son livre l'exposé de ses observations qui datent de 1843 (*Medical Times*, 5 août) et les caractères cliniques qu'il en donne varient selon que l'affection se montre plus ou moins tôt.

De l'assoupissement, de la répugnance à avaler, peu de tendance à parler, une toux légère, peu d'altération de la respiration : tels sont les caractères de cette laryngite, lorsqu'elle se montre pendant la rougeole, marche insidieuse, comme on le voit.

Son explosion est-elle plus tardive, la toux est sonore, retentissante avec altération des bruits respiratoires, avec une difficulté plus ou moins grande pendant la déglutition. La mort survient dans le marasme, avec de la diarrhée, ou le petit malade est emporté par une broncho-pneumonie ultime.

A l'autopsie, il y a des *ulcérations* de la bouche, du pharynx, du voile du palais, de l'épiglotte avec congestion de la muqueuse et fausses membranes. Les mêmes lésions se remarquent sur le larynx ; mais West ne les a jamais rencontrées plus bas, la trachée est indemne.

Il est difficile de voir dans ces cas autre chose qu'une poussée confluente d'aphtes consécutive à une rougeole.

Je dois dire cependant qu'Archambault, dans ses notes de la traduction de West, où il parle de l'inflammation aphteuse qui accompagne le croup de la rougeole, semble rattacher ces

ulcérations à la diphtérie. Mais cela paraît bien peu conforme à ce qu'on sait sur l'anatomie pathologique de cette maladie à moins d'appeler diphtérique tout produit membraneux des muqueuses; ce qui nous ramène de quelques pas en arrière dans l'histoire de cette affection !

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Cadier l'observation suivante qu'on peut rapprocher des deux précédentes, et où l'examen laryngoscopique démontre, dans un cas diagnostiqué croup d'emblée, l'absence absolue de fausses membranes. Je remercie vivement M. le Dr Cadier de sa communication.

Obs. III. Il s'agit d'un enfant de 8 ans, chez qui, à la fin d'une rougeole, alors que l'éruption a disparu, se développent des accidents laryngés qui font porter au médecin traitant le diagnostic de croup d'emblée.

M. le Dr Cadier est appelé pour pratiquer la trachéotomie. Mais ce qui le frappe c'est l'existence d'une toux stridente, presque aboyante, différant absolument de celle du croup. La respiration est sifflante, la dyspnée est assez forte.

L'examen de la gorge est négatif ; ni fausses membranes, ni ulcérations.

En présence de ces signes et avant toute intervention sanglante M. Cadier croit devoir faire l'examen du larynx. Et voici ce qu'i trouve :

Absence de fausses membranes ;

Une rougeur généralisée ;

De petites exulcérations arrondies, siégeant sur les éminences aryténoïdes, sur les bandes ventriculaires, sur l'épiglotte, et sur la commissure postérieure (espace interaryténoïdien). L'opération fut retardée : des frictions au devant du larynx, des inhalations d'oxygène furent seules employées. Et le malade guérit.

L'observation ici est des plus probantes, et nous n'y insisterons pas plus longuement.

Quelles conclusions tirer de ce qui précède, et peut-on distinguer le croup diphtérique des accidents identiques produits par une simple laryngite ? Comme l'a dit Blanckaert qui a essayé de le faire, cette distinction est difficile, mais je crois qu'elle n'est pas impossible ; et par une étude minutieuse de

la toux, de la respiration, et des phénomènes concomitants du côté de la bouche et du pharynx, on peut arriver à asseoir convenablement son diagnostic.

Nous dirons donc, en résumant la symptomatologie de nos observations, que les laryngites rubéoliques graves offrent les caractères suivants :

Leur début n'est pas brusque, mais les accidents du déclin ne sont que l'aboutissant de phénomènes laryngés qui ont été en s'aggravant de plus en plus.

Les accès de suffocation sont rares, et moins violents que ceux du croup, mais l'obstacle permanent donne lieu à une gêne respiratoire continue, accompagnée d'une inspiration sifflante plus ou moins pénible, alors que l'expiration reste libre.

La voix est en général éteinte, et les petits malades évitent de parler, comme si cette fonction était douloureuse et pénible. D'ailleurs, lorsqu'ils crient, le timbre normal de la voix reparaît plus ou moins éraillé.

La toux, au lieu d'être voilée, éteinte, est, au contraire, stridente, aboyante dans certains cas, éraillée toujours.

La pression du larynx est quelquefois douloureuse. Enfin, lorsque l'épiglotte est touchée, la déglutition peut être gênée, en l'absence de toute paralysie du voile du palais.

Ces laryngites sont graves en ce qu'elles peuvent s'accompagner d'accidents tels que la trachéotomie soit indiquée. Mais je crois qu'alors cette opération peut donner de bien meilleurs résultats que dans le croup diphtérique postrubéolique. Elles peuvent guérir spontanément.

Enfin, elles coexistent avec des poussées de stomatite et d'angine aphteuse, qui peuvent être quelquefois utiles pour aider au diagnostic.

Quant aux lésions que l'on rencontre, ce sont : ou une inflammation intense avec exsudation *purulente*, ou des ulcérations de la muqueuse, ou enfin, comme dans l'observation de M. Descroizilles, un abcès périlaryngé.

DE LA RESTAURATION DES PAUPIÈRES

PAR LA GREFFE CUTANÉE

Par MM. les docteurs **Abadie** et **Valude**

(Suite et fin.)

Avant d'aborder la solution de la question par laquelle nous terminions la dernière fois, nous intercalons une observation toute récente qui vient encore à l'appui de la thèse que nous défendons, à savoir que la méthode des greffes cutanées est, chez l'enfant et les jeunes gens, la méthode la mieux appropriée à la restauration des paupières en état d'ectropion.

M. G... 22 ans, à l'âge de 6 à 8 ans, reçut sur le bord inférieur de l'orbite un éclat de bois qui produisit une blessure avec plaie contuse large de 2 centimètres environ ; tout le pourtour de l'œil resta tuméfié par un épanchement sanguin sous-cutané. La plaie mit tout un hiver à se cicatriser et laissa à sa suite une cicatrice irrégulière, chéloïde, qui amena un renversement très notable de la paupière inférieure. C'est pour cet ectropion cicatriciel que le malade vient à la clinique du Dr Abadie en septembre 1886.

La conjonctive palpébrale inférieure forme un bourrelet rouge baignant dans les larmes par sa face interne et recouvert de mucosités desséchées sur le bord externe. Les cils sont renversés en bas. Le malade ne peut pas fermer complètement l'œil ; aussi la conjonctive bulbaire rougit-elle promptement sous l'influence de la moindre irritation. Larmoiement de temps à autre toutes les fois que l'œil est exposé à l'air froid.

Opération : mardi 19 octobre. — Chloroformisation. M. Abadie fait une incision libératrice longue de 4 centimètres, longeant le bord palpébral à 6 millimètres en dessous des cils et à la limite inférieure de la cicatrice chéloïde. En libérant largement cette incision pour que la blépharorraphie puisse se faire sans trop de traction, on obtient une plaie longue de 35 millimètres et large de 12. Pour raccourcir cette surface dénuée de peau, M. Abadie enlève à la partie

interne de l'avant-bras gauche un lambeau cutané de 50 millimètres de long sur 20 de large. Ce lambeau, bien débarrassé de tout le tissu adipeux et graisseux sous-jacent, est immédiatement appliqué sur la surface cruentée et fixé au moyen de huit fils de suture. La largeur du lambeau étant un peu trop grande malgré la rétraction considérable qu'il avait subie, M. Abadie en resèque une bande de 2 millimètres environ à la partie inférieure.

Un lavage antiseptique précède l'application du pansement, composé d'une rondelle de lin boraté enduite de vaseline boriquée, d'ouate phéniquée et d'une bande de flanelle.

Au bout de quarante-huit heures, le pansement est enlevé avec beaucoup de précaution ; le lambeau greffé est très pâle, blanc de cire; mais il paraît adhérent par sa face postérieure et sur tout son pourtour. Pas trace de suppuration.

Le 21. Même aspect.

Le 22. Le lambeau est moins pâle ; il prend une couleur plus rosée, plus vivante, qui s'accentue de plus en plus les jours suivants.

Le 24. On enlève trois fils qui font trou dans la peau.

Le 26. Tous les fils sont enlevés et le lambeau tient très bien. Toujours les mêmes pansements à la vaseline boriquée.

Le 28. Sur les bords du lambeau l'épiderme s'exfolie et laisse à nu le corps papillaire.

Le 31. Tout l'épiderme s'est exfolié; mais le derme, parfaitement adhérent, commence à prendre la teinte de la peau voisine et à se rétracter.

9 novembre. La rétraction a augmenté, mais néanmoins la paupière inférieure est parfaitement maintenue en place et l'ectropion complètement corrigé. Tout pansement est enlevé et on commence à libérer progressivement les deux paupières suturées dans la moitié externe (blépharorrhaphie). Le résultat est aussi satisfaisant que possible.

L'histoire de la restauration d'une portion du territoire dermique par la méthode des greffes, est déjà ancienne, et dès 1823 le compendium de Pitha et Billroth contenait un fait de cette nature (1).

Puis, la méthode fut réglementée scientifiquement par les

(1) Il s'agissait d'un nez coupé, recollé immédiatement. (*Pitha et Billroth, Capitel Krankheiten des Gesichtes.* Von Weber. 143.)

expériences cliniques de Le Fort, Reverdin et Ollier en France, par celles de Jacenko et de Thiersch, pour ne nommer que les principaux. D'après ces derniers, le lambeau cutanée, transplanté à distance, subit les métamorphoses suivantes :

1° La réunion se produit sans l'intervention d'aucune substance unissante amorphe; il ne se produit sous le lambeau aucune trace de fibrine.

2° Lorsque la cicatrisation est obtenue, il existe une communication entre les vaisseaux du lambeau et ceux du territoire soumis à la transplantation; cette communication a lieu par l'intermédiaire d'espaces intercellulaires qui laissent à la fois passer la circulation de l'aller et du retour. Pour Thiersch en particulier, ce mode de communication ne serait pas le seul; et il admet comme certain la possibilité d'une anastomose directe par inosculation des deux régions vasculaires. Ce qui le lui prouve, c'est qu'il a pu réussir une injection dans les capillaires du lambeau dès la dix-huitième heure après l'opération.

3° Quoi qu'il en soit, les espaces qui font communiquer les vaisseaux du lambeau à ceux de la portion de tissu soumise à la transplantation ne demeurent pas longtemps en cet état; au bout de trois ou quatre semaines, on reconnait déjà l'existence de vaisseaux véritables qui, partis de l'état embryonnaire, ont parcouru toutes les phases ordinaires de l'organisation.

4° Régulièrement jusqu'ici le lambeau ne se soude pas intégralement au point où on l'a transplanté. Il prend (suivant l'expression commune) par la profondeur, mais les couches superficielles s'exfolient.

Nous avous reconnu cette particularité dans nos deux observations; elle semble ne pas faire défaut dans la cicatrisation des lambeaux étendus de greffe cutanée.

5° Les nerfs se regénèrent assez mal dans le lambeau de peau transplanté.

Tels sont les phénomènes qui accompagnent la greffe cutanée en général; nous ne voyons dans leur énoncé rien qui s'oppose à son application aux paupières.

C'est pourquoi nous ne serons pas étonnés de voir la greffe cutanée employée, dès les premiers essais de la méthode, à la restauration des paupières. L'indication en était plus nette que pour toute autre région du corps.

Le Fort (1) fut le premier qui restaura une perte de substance palpébrale à l'aide d'un lambeau cutané pris à distance et séparé de son pédicule; l'opération date de 1869. Puis, Sichel et Ollier pratiquèrent cette transplantation, et leurs observations sont consignées dans la thèse de Martin (page 12). Enfin, à la même époque, un autre chirurgien des hôpitaux, Laugier, restaura une paupière à l'aide d'un lambeau enlevé dans la peau du dos. (Cette indication résulte d'une communication orale de M. le Pr. Panas.)

Cette méthode des greffes cutanées fut donc toute française dans ses débuts, et ce n'est que plus tard que vint le mémoire de Wolfe et celui de Stellwag, qui date de 1873.

Ces différentes observations et ces mémoires sont plutôt des recueils de faits, et on n'y trouve guère ce qu'on y cherche, c'est-à-dire le résumé des indications qui doivent guider le chirurgien dans le choix de la méthode de restauration.

Abadie, dans une note publiée en 1882 (2), vante l'emploi des applications chaudes destinées à maintenir le lambeau à une température élevée. Il lave le lambeau, pendant le temps où il le dissèque, avec une solution d'acide borique à 48°, puis il couvre le pansement d'une vessie contenant de l'eau à 48° ou 50°. Disons dès à présent que ce moyen adjuvant de coaptation peut avoir ses indications, chez des individus âgés ou débilités, chez ceux, en un mot, dont le système vasculaire offre une faible vitalité. Pour les enfants, qui nous occupent en ce moment, l'emploi de la chaleur est inutile.

Nous rappellerons en les résumant brièvement, les divers temps de l'opération dont on a déjà lu la description :

(1) Nous ne parlons ici que de la greffe cutanée et nous laisserons de côté à dessein, la greffe en mosaïque de de Wecker qui se rapproche du procédé de Reverdin.

(2) De l'autoplastie des paupières. — Abadie, *Union médicale*, 1882, p. 87.

1° Avivement du sol palpébral par incision ou excision du tissu cicatriciel ou pathologique. L'avivement sera complet et suffisant quand la paupière sera bien mobile et aura recouvré sa forme.

2° Tarsorrhaphie médiane. La suture des paupières, qui est toujours nécessaire, se fera utilement au milieu du bord palpébral seulement; de la sorte, l'œil peut voir latéralement et l'écoulement des sécrétions conjonctivales est mieux assuré.

3° Enlèvement du lambeau cutané suivant la forme de l'avivement prise sur un patron découpé dans du papier. Il conviendra pour faire la part de la rétraction, de prendre un lambeau d'une étendue un peu supérieure à celle de la partie avivée. On fera bien de dégraisser le lambeau *tout en le disséquant*, ce temps de l'opération est ainsi rendu plus facile et plus court. Le lambeau cutané sera pris soit au dos, soit mieux à la partie externe et postérieure de l'avant-bras.

4° Le lambeau dûment dégraissé est vivement transporté sur le sol avivé, qu'il doit couvrir avec précision. On l'y fixe par quelques points de suture à la soie phéniquée — placés dans les principaux angles, pour s'opposer au recoquevillement et à la rétraction cutanée.

Les auteurs ont beaucoup divergé sur le mode de fixation du lambeau.

Wolfe se contente de le maintenir en place par le seul pansement compressif; d'autres placent un grand nombre de sutures, de manière à ce qu'elles soient très rapprochées.

Nous pensons, quant à nous, qu'il convient de le fixer seulement par quelques fils de sutures aux angles et aux points principaux. L'absence de suture expose au décollement; l'excès en nombre des fils peut amener la formation de petits foyers de suppuration, susceptibles d'entraîner à leur suite un décollement partiel.

Par-dessus le lambeau ainsi fixé, un pansement compressif sera rigoureusement appliqué et maintenu pendant toute la durée de la réunion des tissus.

5° Avant tout, l'opération doit être expressément aseptique.

Le lambeau sera antiseptisé soigneusement, les fils seront l'objet d'une surveillance des plus minutieuses.

C'est grâce à ces précautions que l'on pourra enregistrer des succès semblables à ceux que nous avons rapportés.

Ainsi comprise, la greffe cutanée à distance convient parfaitement aux ectropions cicatriciels, et pour combler la perte de substance qui résulte de l'ablation d'un néoplasme palpébral.

Elle est, sans nul doute, applicable à l'homme adulte et au vieillard, mais c'est surtout dans l'enfance qu'elle réussira à souhait.

Ce court travail est principalement destiné à montrer combien, chez les jeunes sujets, cette opération présente de bénignité et de simplicité, combien la réunion des tissus y est facile et complète.

On redoute avec raison, dans les autoplasties par torsion, de créer au voisinage de l'œil restauré, une ligne cicatricielle qui marque la place du lambeau emprunté à la tempe ou à la joue ; la réussite presque assurée de la méthode des greffes à distance dans le jeune âge, permet d'éviter cet inconvénient, qui, pour être tout d'esthétique, n'en est pas moins sérieux.

Dans une autoplastie par torsion, lorsque la réunion a failli, quand le lambeau s'est mortifié, la situation est fâcheuse : la difformité s'est reproduite et à côté il en existe une seconde créée par la taille du lambeau. On est donc moins avancé qu'avant l'opération, et souvent on ne peut plus emprunter de lambeau aux parties voisines.

Après une opération de greffe cutanée qui aurait manqué, la situation reste identique à ce qu'elle était auparavant ; elle n'est pas meilleure, mais elle n'est pas pire. La chose est simplement à refaire et il n'y a rien de perdu comme dans l'exemple précédent. L'avantage est donc considérable.

Pour toutes ces raisons que nous résumons en ces mots : *simplicité* et *sécurité*, nous concluons formellement en faveur de la méthode des greffes cutanées pour la restauration des paupières au moins chez l'enfant ; à cet âge et dans ce cas, c'est véritablement l'opération *de choix*.

REVUES DIVERSES

Febris variolosa (Fièvre varioleuse), par M. Treymann (*St-Pétersburger med. Wochenschrift*, 1886, n° 20. — C'est Sydenham qui, le premier, a désigné sous le nom de « febris variolosa », les phénomènes febriles qui apparaissent brusquement chez un individu, dans le cours d'une épidémie de variole, qui disparaissent ensuite subitement au bout de 3 jours, avec des symptômes critiques, sans qu'on puisse observer pendant la maladie aucune trace de l'exanthème caractéristique. L'auteur a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Riga un cas de ce genre. Il s'agit d'un individu qui présenta tous les symptômes généraux du début d'une variole. Le 4° jour de la maladie, la fièvre devient moins vive, mais il se développe à ce moment, sur les deux bras, un érythème maculeux, suivi bientôt de l'exanthème pétéchial particulier à la période initiale de la variole. Suivant Curschmann, cet exanthème pétéchial, presque pathognomonique, ne laisse pas le moindre doute sur la nature de la maladie.

Sollen die gesunden Geschwister masernkranker Kinder vom Schulbesuch ausgeschlossen werden? (Doit-on exclure de l'école les frères bien portants d'enfants atteints de rougeole ?) par H. Wasserfuhr (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1886, n° 19.) M. Wasserfuhr condamne la mesure légale en usage en Prusse, qui exclut momentanément de l'école les enfants, lorsqu'il est survenu un cas de rougeole dans la maison qu'ils habitent. Voici entre autres les principales raisons qu'il allègue.

1° Tous les pédagogues reconnaissent que le préjudice qui est causé aux enfants, par suite d'une exclusion plus ou moins prolongée de l'école est considérable, surtout si l'on songe que, même dans les cas les plus favorables, cette exclusion doit être de au moins quatre semaines, qu'elle peut être bien plus longue encore, lorsque dans la même maison surviennent plusieurs cas consécutifs de rougeole.

2° Il n'a pas été démontré jusqu'à ce jour que la rougeole puisse être transmise par l'intermédiaire d'individus sains. Or, il n'est pas

logique de prendre sur une simple hypothèse des mesures aussi sévères.

3° Le contrôle pour l'observation du règlement est à peu près impossible, d'autant plus que ce ne sont point, d'après la loi, les parents, mais les autorités scolaires qui sont rendues responsables des infractions.

4° La rougeole ne menace que dans une mesure presque insignifiante la vie des enfants âgés de plus de 5 ans. — Si ces enfants échappent à la rougeole pendant leur enfance, ils en seront vraisemblablement atteints à un âge où ils seront exposés à des complications plus graves et où leur santé et leur vie seront bien plus précieuses pour la société.

Cannabis og Belladona i store Doser ved Kighoste (Le cannabis et la belladone dans le traitement de la coqueluche), par H. Vetlesen (*Norsk Mag. f. Laegevidenskaben*, 1886, n° 9. — *Centralblatt f. Klinische Medicin*, 1886, n° 44). — L'auteur associe à la belladone l'extrait de cannabis indica dans le traitement de la coqueluche, selon la formule suivante :

Extr. cannab. ind.	1,0
Extr. belladone	0,5
Alcool absol. } Glycérine... } āā	5,0

Chez les enfants âgés de 8 mois à 1 an	4-5 gouttes	
—	1 à 2 —	5-8 —
—	2 à 5 —	8-12 —
—	5 à 8 —	10-13 —
—	8 à 12 —	12-15 —
—	au delà de 12 ans	15-20 —

Le nombre des enfants soumis à ce traitement a été de 116. Chez 83 d'entre eux (par conséquent 71,6 0/0), les résultats obtenus ont été des plus favorables. L'auteur, dans le but de contrôler ces résultats, a administré à un grand nombre de malades la belladone et le cannabis isolément sans obtenir les mêmes effets satisfaisants.

Ueber die Häufigkeit der Thierischen Darmparasiten bei Kindern in Munich (De la fréquence des parasites intestinaux chez les enfants, à Munich), par F. Banik (*Müncher med. Wochenschrift*, 1886, n° 26). — L'auteur a poursuivi les recherches de Ranke sur la fréquence

des helminthes chez les enfants. Il a examiné dans ce but les matières fécales de 315 enfants provenant de la classe ouvrière de Munich. Les helminthes n'ont jamais été observés chez les enfants pendant la première année de leur vie, qu'ils aient été nourris au sein ou élevés au moyen du biberon. A partir de l'âge de 18 mois, la fréquence des parasites intestinaux augmente progressivement avec l'âge ; cela est vrai pour tous les nématoïdes : oxyure vermiculaire ascaride lombricoïde, trichocéphale de l'homme. Le premier de ces vers a été trouvé chez un tiers, les deux derniers à peu près chez un treizième des enfants examinés. L'ascaride et le trichocéphale paraissent être plus fréquents en automne qu'en hiver. L'oxyure vermiculaire et le trichocéphale sont souvent associés ; il n'est point rare de trouver les trois vers réunis chez le même individu. Dans l'immense majorité des cas, les nématoïdes ci-dessus n'ont donné lieu à aucun symptôme clinique particulier.

Zur Lehre von der Hysterie der Kinder (Contribution à l'étude de l'hystérie des enfants), par le Dr Tuczek (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1886, n° 32). — L'auteur publie deux observations intéressantes d'hystérie infantile.

Une petite fille, âgée de 10 ans, présente tous les signes physiques d'une coxalgie. La jambe est maintenue durant plusieurs semaines dans un appareil plâtré, sans résultat. Troubles de la déglutition et de la phonation. Trismus. Insomnie prolongée. Également troubles de la sensibilité. Tous ces phénomènes morbides furent mis par le médecin sur le compte d'une affection cérébrale qui fut abandonnée à elle-même.

Au bout de plusieurs mois, les symptômes morbides disparurent graduellement, jusqu'à complète guérison.

Dans le 2e cas, il s'agit d'un jeune homme âgé de 17 ans, mais qui physiquement avait toutes les apparences d'un enfant de 13 ans. A mesure qu'il grandit, les troubles de la motilité, tels que tremblements, parésie, les troubles de la parole, ceux de la sensibilité, l'hyperesthésie, la sensibilité à la pression au niveau de la colonne vertébrale, les troubles vaso-moteurs, etc... disparurent complètement sans l'intervention d'aucun traitement.

Ein Fall von Chorea posthemiplegica (Un cas de chorée post-hémiplégique), par le Dr Scheiber (*Pester med. chirurg. Presse*, 1886, n° 13). — Un jeune garçon, âgé de 14 ans, atteint d'une insuffisance mitrale, présenta subitement une paralysie limitée à la moitié droite du corps. Quelque temps après, les muscles paralysés devinrent le siège de mouvements choréïques qui s'étendirent au corps tout entier au bout de quinze jours. La chorée s'améliora considérablement en l'espace de quelques jours sous l'influence des courants électriques et de l'administration de la liqueur de Fowler.

L'auteur ne croit pas que, dans ce cas, la chorée ait été en connexion avec l'hémiplégie, quoique les deux maladies aient eu la même pathogénie, c'est-à-dire aient été toutes deux le résultat d'une embolie. Suivant lui, la chorée, qui est survenue subitement au milieu de la nuit, pendant que l'enfant s'est trouvé sous l'influence de terreurs nocturnes, a été produite par de nombreuses embolies capillaires dans la substance corticale grise du lobe postérieur gauche, d'où l'hémichorée primitive limitée au côté droit, les troubles psychiques, les phénomènes d'aphasie et les douleurs crâniennes du côté gauche. La chorée se serait ensuite généralisée, parce que les lésions de la substance corticale auraient été la cause occasionnelle des troubles fonctionnels dans les autres parties de la masse cérébrale qui constituent le substratum de la chorée essentielle. Cette pathogénie expliquerait pourquoi les mouvements choréïques ont été plus tenaces du côté droit que du côté gauche. Enfin, ce cas devrait être placé dans la catégorie des chorées pseudo-hémiplégiques.

Ein Fall von Infection einer penetrirenden Kniegelenkswunde durch tuberkulöser Virus (Un cas d'infection tuberculeuse par une plaie pénétrante de l'articulation du genou), par G. Middeldorpf (*Fortschritte der Medicin*, t. IV, n° 8). — Un jeune garçon, âgé de 16 ans, d'une bonne santé habituelle, et né de parents bien portants, se fit avec une hachette une plaie pénétrante au niveau de l'articulation du genou droit. Il pansa lui-même le genou avec un mouchoir. Déjà, au bout de huit jours, la plaie fut cicatrisée et le jeune homme put fléchir son genou et marcher sans douleur. Mais quinze jours après l'accident, le genou se tuméfia rapidement et devint le siège de douleurs très intenses. Cet état persista par la suite et, en même temps, le malade perdit progressivement toutes ses forces. Au bout de six semaines, ré-

section totale du genou à la clinique chirurgicale du professeur Maas (Würzburg). L'examen microscopique démontra l'existence d'une arthrite tuberculeuse; la capsule articulaire contenait un assez grand nombre de bacilles caractéristiques.

Suivant l'auteur, il s'agit, dans ce cas, d'une infection tuberculeuse de la plaie pénétrante du genou par l'intermédiaire soit de la hachette soit du mouchoir de poche, porteur l'un ou l'autre, des bacilles tuberculeux. L'intervalle de temps qui s'est écoulé entre le moment de l'accident et celui de la manifestation de l'infection tuberculeuse, a été exactement de quinze jours, comme dans l'observation bien connue de Tcherning. Dans cette dernière, une coupure au doigt par un morceau de verre provenant d'un crachoir qui contenait les crachats de malades atteints de phthisie, avait déterminé d'abord une tuberculose des gaines tendineuses qui se propagea plus tard aux ganglions de l'aisselle.

Das direckte chirurgische Eingriffen bei Spondylitis cervicalis tuberculosa (De l'intervention chirurgicale directe, dans un cas de spondylite cervicale tuberculeuse), par A. Padres (*Russkaja Medizina* 1886, n° 19. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1886, n° 38). — Chez un jeune garçon de 11 ans, anémique, d'une constitution débile, s'était développée, dans l'espace de six mois, une spondylite cervicale, de nature tuberculeuse. L'enfant, profondément anémié, avait la respiration superficielle et irrégulière, les mouvements de déglutition, principalement quand le malade avalait un liquide, étaient gênés; atrophie et légère parésie des extrémités supérieures, la tête se trouvait fléchie en avant et du côté droit, les muscles de la nuque étaient contracturés; en outre, légère saillie des apophyses épineuses des 6e et 7e vertèbres cervicales; ces points étaient douloureux à la pression; enfin, lorsque la tête était maintenue dans l'extension, la respiration était plus libre et les mouvements des bras moins gênés.

Au niveau des 6e et 7e vertèbres cervicales, incision longue de 2 pouces, intéressant successivement la peau et les divers plans sous-jacents, et dirigée suivant le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche. Dans le voisinage des vertèbres on mit à nu une poche contenant près d'un verre de pus. La poche vidée, la respiration devint calme, et les mouvements des extrémités supérieures plus faciles. En examinant de près la poche on put constater que la face antérieure des 6e et 7e vertèbres cervicales était

exulcérée. Râclage des surfaces osseuses, tampon iodoformé et pansement antiseptique. La tête fut en outre maintenue dans l'extension. Au bout de 6 mois, l'état général du petit malade fut considérablement amélioré; néanmoins, on fut obligé de recourir à un nouveau râclage des corps vertébraux malades. A la suite de cette seconde intervention, la guérison put être considérée comme définitive.

Ein Fall von Ostéomyelitis, nach Resektion des Hüftgelenkes und Auskratzung so wie Drainirung der Markhöhle der Femur geheilt (Un cas d'ostéomyélite guéri à la suite de la résection de l'articulation coxo-fémorale, le grattage et le drainage de la cavité médullaire du fémur), par Nebel (*Berliner Kl. Wochenschrift*, 1886, nº 7). — Schede pratiqua la résection de l'articulation coxo-fémorale, chez une petite fille âgée de 7 ans, qui avait présenté à peu près six mois auparavant les premiers symptômes d'une dégénérescence fongueuse de cette articulation. Au lieu de cette arthrite fongueuse, il rencontra au moment de l'opération, une ostéo-myélite du fémur avec séparation de l'épiphyse. Après la section du grand trochanter le pus vint s'écouler par la surface de section et une sonde put passer sans la moindre résistance dans le canal médullaire jusqu'à la ligne de l'épiphyse inférieure. A ce niveau, application d'une couronne de trépan, puis grattage de toute la cavité médullaire et drainage de cette cavité dans toute son étendue. Plus tard, il fut nécessaire de faire deux nouveaux évidements; à leur suite les plaies se cicatrisèrent, pendant que la jambe était fixée dans l'extension. Le moignon reséqué du fémur fut maintenu dans la cavité cotyloïde, grâce à l'abduction forcée qu'on donna au membre. Le raccourcissement ne fut que de 2 centimètres.

Dr G. Boehler.

Curabilta del tetano infantile (De la curabilité du tétanos infantile), *in Archiv. di Pat. inf.* de juillet 1886, d'après le Dr Royero y Zagonet, dans la *Cronica Medico-Quirurgica de la Habana.* — La curabilité du tétanos infantile, affection connue sous le nom de *trismus*, *catarrhe de Cayenne, mal des mandibules*, a été l'objet d'une longue communication du Dr Royero, à l'Association clinique de la Havane. Analysant les opinions variées de Poncet, de West, de Trunk, par rapport à la *pathogénie* de cette affection, l'auteur arrive

à cette conclusion qu'il s'agit d'une affection spéciale à l'enfance. Il relève, dans l'*étiologie*, la grande importance du froid humide, des brusques oscillations de la température. Dans le *traitement*, il insiste surtout sur l'emploi du régime lacté. Quand l'état du petit malade ne permet pas l'administration de cet aliment par la bouche, il faut faire passer une sonde par la narine et l'introduire ainsi dans l'estomac. Il a trouvé très utiles les bains de vapeur au moyen de l'appareil de Lefebvre, un bain toutes les douze heures; durée de 10 à 20 minutes. Il y a lieu aussi d'employer les injections calmantes dans les muscles les plus violemment atteints de convulsion et de donner à l'intérieur les narcotiques, le chloral de préférence (10-12 centigr. toutes les heures).

Auchantelés, Monti et Huttenbrenner ont obtenu six guérisons par ce mode de traitement. On peut encore recourir, dans les cas de ce genre, aux injections hypodermiques d'éserine (1 centigramme, répété toutes les quinze minutes, jusqu'à cessation des convulsions). Les vomitifs et les purgatifs peuvent être aussi fortement indiqués, mais l'auteur blâme l'abus qui en a été fait. L'opium, la morphine, la *cannabis indica*, la belladone, la fève de Calabar sont des moyens infidèles qui, parfois, donnent des résultats favorables, parfois aussi ne donnent pas de résultats. On en peut dire autant des fomentations, des narcotiques. On a aussi préconisé la saignée locale (ventouses, sangsues) sur la région rachidienne dans l'hypothèse d'une myélite ; mais ce qu'il importe avant tout d'affirmer, c'est que l'opinion trop répandue que le tétanos des enfants est une affection fatalement mortelle est erronée. On a, au contraire, à enregistrer des cas de guérison relativement fréquents.

Contributo allo studio della sifilide emorragica dei neonati. (Contribution à l'étude de la syphilis hémorrhagique des nouveau-nés), par le Dr CARMELO ANDRONICO, dans *l'Archiv. de Patol. inf.* de juillet 1886.

Dans ces derniers temps les Drs Kartmann et Pignot ont traité magistralement l'important sujet des hémorrhagies chez les sujets syphilitiques et en particulier chez ceux qui sont atteints de syphilis infantile congénitale.

Vers 1883, Behrend a établi cliniquement l'existence d'une syphilis

hémorrhagique des nouveau-nés. Malgré l'opposition de Petersen, les observations cliniques de Kassowitz, de Dreahana et d'Emile Schultz (ce dernier a étudié avec le plus grand soin au microscope les vaisseaux d'un nouveau-né syphilitique, mort d'une hémorrhagie grave) ont confirmé pleinement les faits apportés par Behrend.

L'hémorrhagie ombilicale chez les nouveau-nés syphilitiques doit être attribuée à la dyscrasie spécifique qui peut revêtir les formes les plus variées.

Obs. — Madame C. M..., infectée par son mari, pendant le second mois de sa grossesse, accouche d'un petit garçon (son second enfant). Cris continuels de l'enfant; sommeil rare et fréquemment interrompu; coryza très abondant à partir du troisième jour. Au cinquième jour, coloration jaunâtre sur tout le corps, plus marquée le sixième. Depuis ce jour une petite quantité de sang commence à sourdre de la plaie causée par la section du cordon ombilical. Sang arrêté par un tampon d'ouate phéniquée, trempée dans une solution de perchlorure de fer.

Réapparition du sang qui, cette fois, coule abondamment et sans discontinuer, pendant la nuit. Apparition simultanée d'extravasations sanguines punctiformes au dos et sur le membre inférieur du petit malade, semblables à des morsures de puces. Au niveau de ces points le sang semble se diffuser dans l'épaisseur de la peau.

L'hémorrhagie ombilicale a duré environ deux jours, avec des intervalles. Elle a résisté à tous les moyens hémostatiques, y compris la compression méthodique, et l'enfant, d'ailleurs d'une constitution chétive, a succombé le neuvième jour. Pas d'autopsie, par l'opposition des parents. Diagnostic : syphilis hémorrhagique, hémorrhagie ombilicale, par suite de syphilis congénitale. La pathogénie de l'affection semble facile à saisir.

Il ne semble pas possible de douter qu'une femme infectée pendant sa grossesse, surtout pendant les premiers mois, ne soit appelée à procréer des enfants syphilitiques, lesquels, en supposant qu'ils naissent à terme, ne laisseront pas de présenter les traces de la dyscrasie spécifique.

Cette dyscrasie s'est manifestée chez l'enfant en observation par une coloration jaunâtre apparue le troisième jour, par le coryza, symptôme d'une importance diagnostique considérable, puis par l'éruption punctiforme de couleur rouge cuivré, se rapprochant davantage du purpura simplex que du purpura hémorrhagique, mais signe

incontestable d'une tendance générale de l'économie à l'hémorrhagie sous le coup de l'infection. Tous ces symptômes paraissent dus à la diminution de la coagulabilité du sang, due elle-même à l'intoxication syphilitique.

En ce qui concerne l'hémorrhagie du cordon ombilical, en particulier, personne n'ignore l'influence exercée par la syphilis sur les parois vasculaires et sur le placenta. Le cordon ombilical, constitué par la veine ombilicale et les deux artères du même nom, sert à la transmission des liquides circulatoires du placenta au fœtus et de ce dernier au placenta. Or ce cordon peut être atteint primitivement de la dégénération spécifique propre aux parois vasculaires, de même qu'il peut en être atteint consécutivement au placenta, lequel, comme on sait, est exposé, sous l'influence de la syphilis, à l'endométrite placentaire ou à la placentite interstitielle gommeuse.

Virchow, Macdonald, Frankel, Mackensie, et dans un important mémoire, Ercolano (de Bologne), trop tôt enlevé à la science (1), ont bien étudié les lésions syphilitiques diverses des villosités du placenta, quand cet organe est atteint de dégénération gommeuse.

Ces lésions placentaires sont souvent la cause de la mort du fœtus, par une anhématose progressive.

Aussi l'hémorrhagie syphilitique du cordon, qui peut avoir pour origine la dégénération spécifique des veines de cet organe, peut-elle résulter de la continuité du cordon avec un placenta syphilitique.

On scarlatinal nephritis (De la néphrite scarlatineuse), par le Dr I.-E. Atkinson. In *Internat. Journ. of. the Med. Science*, July 1886.

Le catarrhe rénal, qui accompagne presque constamment la scarlatine, varie en intensité suivant les différentes épidémies. Dans certaines d'entre elles l'albuminurie se rencontre dans 70 0/0 des cas, et dans d'autres on la trouve seulement 5 fois sur 100. L'hydropisie qui apparaît quelquefois dans 1 cas sur trois peut ne se montrer que 1 fois sur 10.

Jaccoud déclare qu'en quinze ans il n'a pas vu un cas de néphrite

---

1 *Le alterazioni pathologiche portute dalla sifilide nella placenta umana,* in *Bulletin delle Scienze mediche.* Année 1883.

scarlatineuse parmi les scarlatineux de son service et attribue ce résultat à la diète lactée (1).

D'après Atkinson, l'albuminurie et l'hydropisie peuvent apparaître à n'importe quelle période de l'attaque, mais elles se montrent ordinairement après la première semaine. Quand on ne fait pas un examen méthodique de l'urine, elles peuvent se révéler d'emblée par des convulsions urémiques, aussi la diminution de l'urine excrétée est-elle un signe d'une grande importance dans le cours d'une scarlatine.

La marche de l'albuminurie scarlatineuse est en général favorable. L'hydropisie qui se montre habituellement à la face et s'y maintient peut envahir les cavités séreuses. Elle arrête quelquefois complètement la desquamation. On trouve souvent de l'hématurie, surtout pendant la troisième ou quatrième semaine; mais elle n'apas de signification très grave.

La quantité d'albumine varie considérablement et a beaucoup moins d'importance que la quantité d'urine rendue.

Glax a tiré d'importantes conclusions de la quantité d'urine rendue dans la scarlatine.

1° L'urine totale est simplement diminuée pendant l'état fébrile et revient au type normal après la défervescence.

2° Il y a augmentation d'urine au commencement et diminution ensuite. Dans ces cas la marche de l'affection est douteuse. La desquamation est imparfaite et l'action du cœur faible.

Il y a quelquefois de l'œdème cutané par suite d'anémie, mais alors on ne trouve pas d'albumine dans l'urine.

3° Enfin la micturition, diminuée pendant la fièvre et revenue ensuite au type normal, diminue de nouveau jusqu'à la mort. Quand l'urine est au liquide ingéré comme 2 : 3, c'est souvent de l'urémie qui vient, même si l'on ne trouve pas d'albumine.

L'albuminurie n'est attachée à aucune forme ni à aucun état de gravité de la scarlatine. On la trouve aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves; on la trouve même dans des cas frustes.

Le rein scarlatineux présente le plus souvent les lésions de la glomérulonéphrite (Klebs).

Le traitement consiste surtout à préserver le malade du froid.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, nº 53, 1886, p. 418.

D'après Mahomed, le plus léger frisson pendant la convalescence suffit pour causer une albuminurie passagère.

Jaccoud considère la diète lactée comme absolument préventive de la néphrite :

Les affusions tièdes l'immersion rapide dans un bain chaud (Liebermeister) doivent être employées pour maintenir la peau en action.

Il faut éviter les diurétiques stimulants. L'eau prise en quantité est un bon diurétique.

Les applications de sangsues ou de ventouses, de sinapismes ou de cataplasmes sur la région rénale ont rendu des services.

La paracentèse de l'abdomen peut être indiquée par une ascite considérable exerçant une grande compression sur les reins.

BIBLIOGRAPHIE

Guide des mères et des nourrices, par le Dr E. PÉRIER. Paris J. B. Baillière et fils, in-12, 1886. — Quoique ce livre n'affeste pas des dehors scientifiques et se déclare destiné à servir de guide pratique aux jeunes femmes pendant leur grossesse et l'éducation physique de leurs enfants du premier âge, il mérite d'être mentionné ici par l'excellence des principes sur lesquels l'auteur a établi son œuvre, très méritoire d'ailleurs, de vulgarisation.

Pénétré de cette pensée d'un grand médecin que la manière dont on élève les enfants, pendant les deux premières années, influe beaucoup sur la durée de leur vie (Hufeland), le Dr Périer n'épargne rien pour remplacer par une hygiène naturelle et scientifique bien entendue les théories grotesques et les pratiques grossières qui ont eu la faveur des siècles passés.

Ces préceptes hygiéniques sont appuyés sur les opinions ou les propres paroles de maîtres comme Bouchut, Jules Simon, Tarnier, Depaul, Fonssagrives, Parrot, Donné, etc. Le Dr Périer a cherché à rendre cette sagesse accessible aux gens du monde, avec un talent sympathique très propre à le faire réussir dans cette tâche.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, vol. V, avec 11 figures, 5 planches et un plan par BOURNEVILLE, méd. de Bicêtre, Budor, Dubarry et Leflaive, internes du ser-

vice. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885; — vol. VI, avec 7 figures, par BOURNEVILLE, COURBARIEN, interne et le Dr SEGLAS. Même lib., 1886.

Ces deux volumes, intéressants à plus d'un titre, commencent chacun par une histoire du service, l'un en 1884 et l'autre en 1885. Cette histoire, établie sur des documents administratifs exacts, met en lumière toutes les phases des améliorations diverses, à l'étude, en discussion devant les pouvoirs publics, ou en cours d'application. Les deux années 1885 et 1886 ont été signalées par l'installation d'une *nouvelle section* pour 200 enfants et par un essai d'*assistance à domicile* des enfants idiots. On lira avec intérêt ces chapitres d'hygiène hospitalière spéciale.

La portion *clinique* de ces deux volumes est celle qui nous intéresse le plus. Nous allons énumérer les travaux qu'elle contient.

VOL. V. — I. *Epilepsie jacksonnienne*, par Bourneville et P. Bricon. Observ. d'un jeune garçon du service de M. Bourneville. *Hémiplégie gauche à 10 ans. Début des accès à 17 ans. Mort. Autopsie : atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux du même côté. Foyer ancien occupant les circonvolutions frontales, la frontale et la pariétale ascendantes, le pli pariétal inférieur, le pli courbe.*

II. — *De l'emploi du curare dans l'épilepsie.* Thiercelin aurait le premier publié deux observations d'épileptiques traités ainsi (3 à 5 centig. par jour au moyen d'un vésicatoire). M. Bourneville a employé le curare en injections hypodermiques (en solut. de 1 à 8 0/0 suivant la force du curare).

III. — *Emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie* (V. sur ce produit *Prog. méd.* 1882, p. 597). De 3 à 6 centigr. par gramme en inject. hypod.

IV. — *De la roséole idiopathique ou rubéole*, à propos d'une épidémie observée à Bicêtre, en 1881. Travail très important qui prouve que le *Rötheln* des Allemands n'est pas, comme on le dit, inconnu en France.

V. — *Epilepsie tardive*, par Bourneville et Dubarry. — VI *Idiotie congénitale; rein unique*, par Bourneville et Bricon. — VII. *Instabilité mentale avec perversion des instincts* par Bourneville et Budor.

Volume VI. — I. *Des familles d'idiots*, par Bourneville et Séglas. Documents cliniques très intéressants. — II. *Chorée traitée par le bromure de camphre*, par Bourneville, avec spécimen d'écriture choréique. — III. *Hallucinations de la vue et de l'odorat* (folie de l'enfance), par Bourneville et Courbarien. Dr PIERRE MERCER.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME IV

QUATRIÈME ANNÉE, 1886

R

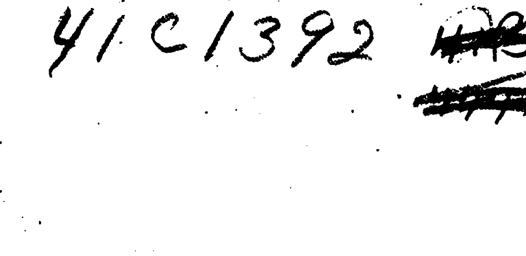
S

T

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, A. DAVY, success., impr. de la Fac. de méd.,


41C1392

